TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR JOSEPH GUYOT

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE BORDEAUX.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1907)

(Section de Chirurgie et Accouchements).

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

TITRES SCIENTIFIQUES

I. — TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en médecine (1899).

Chef de clinique chirurgicale infantile (1899-1902).

Admissible aux épreuves définitives du Concours d'agrégation (Section de Chirurgie, 1904).

II. — TITRES HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux (1894).

Interne des hôpitaux (Nommé premier, Concours 1896).

Médecin (au Concours) du Bureau de Bienfaisance.

Chirurgien des hôpitaux (1902).

III. — SERVICES RENDUS A L'ENSEIGNEMENT

Conférences d'internat de 1899 a 1906 inclus.
(En collaboration avec les docteurs Guérin et Bousquet de 1899 à 1901.)

Conférences préparatoires au Concours de Chirurgien des hôpitaux (1905-1906).

IV. — SERVICE HOSPITALIER

Assistant du service de clinique chirurgicale infantile (M. le Professeur Piéchaud), 1902-1903.

Suppléant du service de Chirurgie a l'hospice général de Pélegrin (Du 4 juillet 1902 au 8 juillet 1904).

Suppléant du service de Chirurgie infantile a l'Hôpital des Enfants depuis le 8 juillet 1904.

V. — PARTICIPATION AUX CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès national périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie (Nantes, 1901; Rouen, 1904).

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Angers, 1903; Lyon, 1906).

Congrès français de Chirurgie (16e, 17e, 18e, 19e sessions).

Congrès international de la Tuberculose
2e section (Pathologie chirurgicale) (Paris, octobre 1905).

VI. — RÉCOMPENSES UNIVERSITAIRES ET HOSPITALIÈRES

Lauréat de la Faculté de Médecine :

1897. Prix de la ville de Bordeaux chirurgie (mention très honorable).
1898. Prix de la Société des Amis de l'Université,

Lauréat des hopitaux :

1896. Externat Médaille d'argent.
1897. Internat Médaille d'argent.
1898. Internat Médaille de vermeil,

VII. — SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société d'Anatomie et Physiologie de Bordeaux.
Secrétaire des séances (1896-1897).

Membre de la Société de Médecine et de Chirurgie (1903).

Membre de la Société de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie (1903).

Membre de l'association française pour l'avancement des sciences (1902).

Membre de l'association française de Chirurgie (1903).

Collaboration au « Journal de Médecine de Bordeaux ».



LISTE CHRONOLOGIQUE DES PUBLICATIONS

1895-1896

Rein en fer à cheval (En collaboration avec M. Laroche). *Communication à la Société anatomique*, 25 octobre 1895.

Asystolie myocardite scléreuse, tubercule calcifié (En collaboration avec M. Hobbs). *Bulletins de la Société anatomique*, 16 mars 1896.

1897-1898

Corps étrangers du genou droit consécutifs à un traumatisme violent de cette articulation. *Bulletins de la Société anatomique*, 28 juin 1897.

Pseudo-hermaphrodisme (En collaboration avec M. Laubie). *Bulletins de la Société anatomique*, 25 octobre 1897.

Compression de l'uretère droit par l'utérus gravide. *Communication à la Société anatomique*, 8 février 1897.

Les enfants nés avant terme. Étude historique et critique. Statistique de l'Hôpital des enfants. Bordeaux, 1898. Mémoire présenté pour le prix de la Société des amis de l'Université. Faculté de Médecine 1898.

Imperforation congénitale de l'uretère gauche siégeant à un demi-centimètre de la vessie avec hydronéphrose et atrophie du rein correspondant. *Communication à la Société anatomique*, 7 mars 1898.

Situation anormale du cæcum ; absence de côlon ascendant : cæcum siégeant dans l'hypocondre droit et relié à la face inférieure du foie par un repli du péritoine. *Communication à la Société anatomique*, 7 mars 1898.

Traitement de la diphtérie oculaire par les injections hypodermiques combinées aux instillations de sérum antidiphtéritique (En collaboration avec M. Mougour). *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*, 1898.

Sur quelques heureux effets de l'administration de la thyroïdine chez les enfants retardés. (En collaboration avec M. le docteur Saint-Philippe.) *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*, 1898.

Malformations congénitales du cœur. (En collaboration avec M. le docteur Saint-Philippe.) *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1898.

Persistance du tron de Botal. *Bulletins de la Société anatomique*, 10 janvier 1898.

Broncho-pneumonie suppurée et pyopneumothorax. *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1898.

Lésions scléreuses du cœur d'origine syphilitique chez un nouveau-né. *Bulletins de la Société anatomique*, 28 mars 1898.

Infiltration tuberculeuse des poumons avec emphysème sous-cutané généralisé. *Bulletins de la Société anatomique*, 28 mars 1898.

1899-1900

Contribution à l'étude de l'immobilisation dans le mal de Pott chez les enfants. Appareil à immobilisation et extension continue. Statistique de la clinique chirurgicale infantile. Thèse, Bordeaux, 1899.

Appendicite et gastrorragie. (En collaboration avec M. Carles.) *Bulletins de la Société anatomique*, 20 novembre 1899.

Luxation congénitale de la hanche. *Bulletins de la Société anatomique*, 27 novembre 1899.

Des fistules et kystes congénitaux de la lèvre supérieure. In thèse Clavet, Bordeaux, 1899.

Pleurésie purulente chez l'enfant. In thèse Cassat, Bordeaux, 1899.

Volumineux kyste de l'ovaire chez une fillette de quatorze ans. Laparotomie, guérison. *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 26 juin 1900.

Sarcome du maxillaire supérieur. (En collaboration avec le professeur Piéchaud.) *Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie*, 21 novembre 1900.

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur chez les enfants. In thèse Balcam, Bordeaux, 1900.

Adénopathie trachéo-bronchique avec irruption brusque du contenu d'un ganglion caséeux dans les bronches. Trachéotomie. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 11 février 1900.

Corps étrangers de la trachée. (Observation personnelle communiquée à la *Société d'anatomie*, le 11 juin 1900, par MM. Carles et Lafargue.)

Asphyxie par irruption de ganglions tuberculeux dans les voies respiratoires. In thèse Gallet de Santerre, Bordeaux, 1900.

Synovite fongueuse du petit doigt. (En collaboration avec M. Carles.) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 11 février 1900.

Contribution à l'étude des angiomes sous-cutanés et profonds de la paume de la main. In thèse Broustet, Bordeaux, 1900.

Contusion de l'abdomen chez l'enfant : Laparotomie, rupture de la rate. In thèse Rondani, Bordeaux, 1900.

Luxation congénitale de la hanche. (En collaboration avec le professeur Piéchaud.) *Société de Médecine et de Chirurgie*, 21 novembre 1900.

Les mouvements méthodiques et la mécanothérapie, par le docteur Lagrange. Analyse in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1900.

Précis de chirurgie infantile, par M. le professeur Piéchaud. Analyse in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 5 août 1900.

1901-1902

Corps étrangers des voies aériennes chez un enfant de vingt-six mois. Trachéotomie (En collaboration avec le professeur agrégé Chavannaz.) *Bulletins de la Société de Pédiatrie, d'Obstétrique et de Gynécologie*, 14 mai 1901.

Sarcome primitif du vagin chez une enfant de deux ans, résultat de l'examen macroscopique. (En collaboration avec le professeur Piéchaud.) *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 14 mai 1901.

Sarcome primitif du vagin chez l'enfant. *Communication au IIIe Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Nantes, 1901.

Imperforation de l'anus et de l'œsophage. Communication de pièces à la *Société d'anatomie*, 10 juin 1901.

Sur un cas de malformation congénitale complexe du tube digestif. *Communication au Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Nantes, 1901.

Ostéo-sarcome du frontal chez un hémimélien. *Communication à la Société anatomique*, 12 août 1901.

Un cas d'hystéro-traumatisme chez un enfant de treize ans : paralysie faciale complète et trismus. (En collaboration avec M. Péry.) *Journal de médecine de Bordeaux*, 1901.

Tumeur blanche tibio tarsienne avec lésion de l'astragale. *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 24 juin 1901.

Corps étrangers de la région parotidienne. (En collaboration avec M. Péry.) *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 15 juin 1901.

Technique de l'anastomose tendineuse d'après un procédé d'accolement tendineux latéral dans la paralysie infantile. Procédé de M. le profes-

seur **Piéchaud.** *Communication au IIIe Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Nantes, 1901.

Ostéomyélite à foyers multiples. *Société anatomique*, séance du 24 juin 1901.

Arrêt de développement du maxillaire supérieur. Malformation du maxillaire inférieur et de la langue. *Bulletins de la Société anatomique*, 10 juin 1901.

Ostéomyélite du calcanéum et de l'astragale. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 10 mars 1901.

Suture du tendon d'Achille. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1er décembre 1901.

Résultat de l'opération non sanglante de Lorenz. (En collaboration avec le professeur Piéchaud.) *Société de Pédiatrie*, 23 juillet 1901.

Les tumeurs malignes du vagin chez l'enfant, in thèse Barrère, Bordeaux, 1901.

Des divisions congénitales de la langue, in thèse Crauste, Bordeaux, 1901.

Contribution à l'étude de l'ostéomyélite vertébrale chez les enfants, in thèse Duprat, Bordeaux, 1901.

Des malformations congénitales du tube digestif considérées au point de vue de la viabilité de l'enfant, in thèse Clochard, Bordeaux, 1901.

Utérus fibromateux. (En collaboration avec M. le docteur Courtin.) *Société anatomique*, 10 novembre 1902.

Angiome caverneux de la face dorsale du poignet. (En collaboration avec M. Rocher.) *Bulletins de la Société anatomique*, 11 mars 1902.

Corps étrangers du tube digestif. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 30 novembre 1902.

Appareil pour mobiliser le coude après la résection ou l'arthrotomie. *Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie*, 19 décembre 1902.

Paralysie infantile du membre supérieur gauche chez un enfant de deux mois, avec réaction précoce de dégénérescence. (En collaboration avec M. Rocher.) *Bulletins de la Société anatomique*, 10 novembre 1902.

Angiome caverneux ulcéré de la paroi thoracique, extirpation, in thèse Georghieff, Bordeaux, 1902.

Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence, par M. le professeur Kirmisson. Analyse in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 12 août 1902.

1903-1904

Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. *Revue de Chirurgie*, 1903.

Du ressaut cotyloïdien spontané ou signe de Gerdy pour le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1903.

Tuberculose osseuse multiple : Spina ventosa du petit doigt de la main droite ; abcès froid thoracique d'origine sous-pleurale. *Communication à la Société anatomique*, séance du 3 août 1903.

Polydactylie. Pouce surnuméraire. *Bulletins de la Société anatomique*, 28 septembre 1903.

Un cas de guérison complète de luxation congénitale de la hanche. *Société anatomique*, séance du 28 septembre 1903.

Angiome de la partie latérale gauche de la langue chez un hydrocéphale hérédo-syphilitique. *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 14 septembre 1903.

Mal perforant plantaire chez un enfant ; spina bifida lombo-sacré. (En collaboration avec M. Rocher.) *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 3 novembre 1903.

Considérations clinique et thérapeutique sur l'ostéomyélite aiguë des vertèbres chez l'enfant. *Association française pour l'avancement des Sciences*, Congrès d'Angers, août 1903.

De l'évidement du tibia syphilitique dans les formes d'ostéites névralgiques rebelles. *Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie*, 23 novembre 1903, et *Gazette des Sciences médicales*, 20 août 1903.

Coxalgie suppurée de la hanche droite. Méningite mortelle survenue en pleine convalescence. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 9 août 1903.

Considérations sur l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. *Communication à l'Association française de l'avancement des Sciences*, Congrès d'Angers, 1903.

Abcès de la face inférieure du foie. *Bulletins de la Société anatomique*, 29 septembre 1903.

Volumineux kyste hydatique du foie. Syncope de décompression cardiaque. Marsupialisation. Hémorragie intra-kystique. *Communication à la Société de Gynécologie, d'Obstétrique, de Pédiatrie*, 26 novembre 1903.

Anévrisme diffus de la fesse : Ligature de l'hypogastrique ; ouverture du

foyer. Ligature de la fessière. Guérison. *Association française pour l'avancement des Sciences*, Congrès d'Angers, 1903.

Cancer pédiculé de la face postérieure du rectum. Etat cachectique. Extirpation. *Bulletins de la Société anatomique*, 14 septembre 1903.

Des résistances opposées à l'abaissement de la tête fémorale par les adducteurs dans la réduction non sanglante. Mémoire présenté à l'appui de ma candidature à la *Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux*, octobre 1903.

Luxation congénitale double des hanches ; réduction parfaite du côté gauche ; échec complet du côté droit. *Société anatomique*, 14 septembre 1903.

Ostéosyphilose héréditaire tardive du tibia, avec allongement hypertrophique et accidents douloureux rebelles n'ayant cessé qu'après trépanation et large évidement de toute la diaphyse. *Communication à l'Association française pour l'avancement des sciences*, Angers, 1903.

Angioma caverneux de la vulve chez une petite fille. *Bulletins de la Société anatomique*, août 1903.

Spina bifida occulta de Recklinghausen avec troubles trophiques importants des deux membres inférieurs, absence congénitale des tibias ; pieds bots varus doubles. *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 3 août 1903.

Hémiplégie spasmodique infantile. Pied bot équin. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, août 1903.

Des résultats de l'intervention électrolytique dans les angiomes de la face. *Communication. Association française pour l'avancement des sciences.* Comptes rendus Congrès Angers, 1903.

Spina bifida latéral gauche de la région sacrée. *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 14 septembre 1903.

Pied bot congénital avec déformation de l'astragale et du scaphoïde. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 9 août 1903.

Hydrocèle symptomatique. *Bulletins de la Société anatomique*, 28 septembre 1903.

De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de la plèvre consécutifs à l'opération de l'empyème. *Archives de médecine des enfants*, janvier 1904.

Sur un cas d'invagination du diverticule de Meckel. *Communication au IVe Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, Rouen, 1904.

Adéno-fibrome diffus du sein à forme éléphantiasique. *Communication au IVe Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, Rouen, 1904.

1905-1907

Sur un cas de malformation congénitale et bilatérale du col du fémur chez un prématuré; coxa-vara congénitale. *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie*, Bordeaux, 1906.

Résultat du traitement chirurgical dans le double pied bot congénital. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 1906, n° 34.

Parallèle entre la tarsoclasie et le traitement chirurgical dans le pied bot varus equin congénital. *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie*, séance du 15 juin 1906.

Grand traumatisme du membre supérieur droit chez un enfant. Amputation. Mort. In thèse CHARRIER, Bordeaux, 1905.

Torsion de la verge par bride cicatricielle consécutive à une vaste brûlure inguino-crurale. *Congrès pour l'avancement des sciences*, 1906.

Absence congénitale totale du péroné droit. *Bulletins de la Société anatomique et physiologique*, juillet 1906.

Tuberculose para-articulaire. In *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 1906, n° 35.

Arrachement de l avant-bras et de l'humérus. *Société anatomique et physiologique*, séance du 27 août 1906.

Syndactylie congénitale. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1906, n° 51.

Genu valgum. *Société anatomique et physiologique*, séance du 27 août 1906.

Kyste du grand pectoral. *Journal de médecine de Bordeaux*, janvier 1906.

Plaie du médian. *Société anatomique et physiologique*, 27 novembre 1905.

Grand traumatisme du membre inférieur droit chez un enfant de quatorze ans. Amputation de cuisse au tiers supérieur. Guérison. *Journal de médecine de Bordeaux*, 24 décembre 1906.

Anomalie du développement de l'œsophage thoracique. *Société anatomique de Paris*, 1907.

Déformation du bassin ostéo-myélitique. *Congrès de Lyon*, 1906.

Encéphalocèle occipitale, *id.*

Appendice caudal enlevé chez un enfant d'un mois. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 décembre 1905.

Cicatrices chéloïdiennes. *Société anatomique et physiologique*, 18 décembre 1905.

Ostéomyélite bipolaire du tibia. *Bulletins et Mémoires de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, 11 juin 1906.

Exostose de l'omoplate. *Bulletins de la Société anatomique*, 1906.

Décollement épiphysaire du radius. *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 43, 1906.

Absence congénitale du péroné : des opérations que nécessite cette malformation. *Communication au Congrès de l'avancement des sciences*, 1906.

Altérations du squelette dans le pied bot varus équin congénital. *Bulletins de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, 11 juin 1906.

Empalement. In thèse de Millon, Bordeaux, 1906.

Abcès post-ostéomyélitique de l'humérus. *Congrès de Lyon*, 1906.

Fractures de bras et de cuisse traitées par l'appareil spiral. *XIXe session du Congrès français de chirurgie.*

Étude sur quelques malformations de l'œsophage. *Communication au Congrès pour l'avancement des sciences*, 1906.

Sur un cas de paralysie radiale due à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. Section du nerf et enclavement. Suture nerveuse. Enrobement musculaire du radial. Guérison. *Communication au XIXe Congrès de chirurgie*, 1906.

Quelques considérations de technique opératoire à propos d'un cas de suture secondaire de la rotule après résection d'un long cal fibreux. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, novembre 1906.

Sur un procédé de cerclo-suture de la rotule. *XIIe section. Congrès pour l'avancement des sciences*, 1906.

Ostéomyélite vertébrale à forme typhoïde. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, novembre 1905.

Fractures spontanées de côtes dans l'évolution d'un volumineux abcès froid thoracique. Résultat négatif de la radioscopie et de la radiographie. *XIIIe section. Congrès pour l'avancement des sciences*, 1906.

Volumineuse encéphalocèle. *Communication à la Société anatomique de Paris*, avril 1907.

Tuberculose de l'ischion. *Communication au Congrès international de la tuberculose*, Paris, octobre 1905.

Tumeur gazeuse du cou. Trachéocèle bilatérale chez un enfant rachitique. *Journal de médecine de Bordeaux*, octobre 1906.

Spina bifida latéral. *Congrès pour l'avancement des sciences*, 1906.

Phlegmon infectieux du plancher de la bouche (angine de Ludwig). *Bulletins et Mémoires de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, juillet 1906.

Ligature hypogastrique comme temps préliminaire dans le traitement des anévrismes de la fesse. *Congrès de Lyon*, 1906.

Appendicite et Perforation cæcale. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 1906, n° 51.

Considérations de technique opératoire relative à un cas d'appendicite chronique d'emblée à forme hyperplasique chez l'enfant *Journal de médecine de Bordeaux*, 1904, n° 6.

De la valeur du signe de J.-L. Faure dans le diagnostic des affections de l'étage sus-ombilical de l'abdomen. *XII*e *section. Congrès pour l'avancement des sciences*, 1906.

Orchidopexie. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 1906, n° 36.

Présentation d'appareils. *Congrès de Chirurgie*, 1905-1906.

De l'enchevillement dans les fractures du condyle externe de l'humérus avec retournement. *Société anatomique de Paris*, avril 1907.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — CHIRURGIE DES MEMBRES

Considérations eur l'oetéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. *Communication à l'Association française de l'avancement des Sciences*, Congrès d'Angers 1903.

Oetéomyélite aiguë de l'extrémité eupérieure du fémur. *Revue de Chirurgie*, 1903.

Nous avons, dans ce travail et dans notre communication au Congrès d'Angers, étudié cette localisation grave de l'ostéomyélite aiguë; forme trop souvent méconnue et dont la mortalité psraît très élevée. Après un court aperçu historique sur la question, nous constatons que les diverses observations publiées se trouvent éparses dsns une série de mémoires au premier rang desquels il convient de signaler les remarquables travaux du professeur Lannelongue, et ses élèves, puis ceux de Broce, Braquehaye, Piécheud, Demons, en France et leurs élèves dans les théses de Bernard (Bordeaux, 1897), Levêque (Lyon, 1895), Cerdot (Paris, 1902); parmi les études étrangères nous rapportons les mémoires de Macnsmare, Swicke, Gray et Barton, Koplick, etc. Tels sont les principaux documents que nous avons utilisés pour faire une étude d'ensemble, eussi complète que possible, de l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur dont la description nous a été facilitée par l'observetion d'une de nos jeunes opérées, dont l'histoire détaillée est rapportée dans ce travail. Il s'agit, en deux mots

d'une fillette de huit ans que nous opérâmes exactement trente-trois jours après le début de l'affection prise jusque-là pour une coxalgie. Il existait un abcès profond de la face antérieure de la cuisse, arthrite purulente, décollement de la tête fémorale et ramollissement de toute l'extrémité supérieure de l'os. Résection de la hanche. Guérison avec raccourcissement considérable du membre. Tel fut le fait clinique qui nous engagea à faire ces recherches.

I. — Au point de vue ÉTIOLOGIQUE, nous mettons en relief les particularités suivantes :

a) Age, surtout de 0 à 1 an et de 5 à 15 ans ;

b) Sexe, prédominance marquée pour les garçons $\frac{30}{54}$;

c) Traumatisme signalé dans près de la moitié des observations ;

d) Causes générales ne présentant rien de particulier; la porte d'entrée du germe varie avec chaque observation ;

e) Nature microbienne, se répartit ainsi :

Staphylocoques	11
Streptocoques	6
Pneumocoques	3
Staphylocoques et streptocoques	1
Bacille tuberculeux et staphylocoque	1

f) Côté, prédominance pour le côté droit, rarement bilatérale ;

g) Fréquence, 9 fois sur 113 cas (statistique de Golay).

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'étude rapide du développement de l'extrémité supérieure du fémur, nous conduit à étudier :

1° Les ostéomyélites des points d'ossification trochantériens, les trochantérites ;

2° Les ostéomyélites de la tête fémorale.

Par leur fréquence relative et leur importance particulière, ce sont surtout ces derniers faits que nous envisageons ; nous en réunissons 47 observations, et, dans toutes, l'articulation participait aux lésions inflammatoires. Rarement le pus se collecte sous le périoste comme dans un cas de Gangolphe; dans la majorité des faits l'article est rempli de pus ; celui-ci ne tarde pas à migrer à travers la capsule pour constituer les abcès profonds de la fesse et

souvent des abcès cruraux longtemps cachés sous les muscles volumineux de la région.

Un des phénomènes assez fréquemment signalé, consiste dans le décollement de l'épiphyse : cette dernière, complètement détachée, reste à l'état de véritable corps étrangers de l'articulation. La luxation spontanée paraît être exceptionnelle ainsi que les destructions du rebord cotyloïdien mentionnées dans les faits de Coudray et Monnier. Les dégâts anatomiques paraissent avoir leur maximum au niveau de l'extrémité supérieure qui peut à la longue participer aux phénomènes destructifs et présenter des altérations analogues à celles que nous avons pu nous-même observer ; dans quelques cas, le canal médullaire est lui aussi envahi par le pus.

III. Évolution clinique. — Nous passons successivement en revue les signes généraux et locaux de l'ostéomyélite de la tête qui peuvent se rapporter à des formes suraiguës, aiguës ou subaiguës. Parmi les signes subjectifs nous donnons une place importante à la *douleur provoquée* par les moindres mouvements du membre inférieur, irradiée exceptionnellement à l'article sous-jacent (gonalgie), réveillée par la pression à la base du triangle de Scarpa. L'impotence fonctionnelle est dès le début absolue.

Parmi les signes objectifs nous étudions :

a) L'*attitude anormale* en abduction et rotation externe ;

b) La *contracture musculaire* ;

c) La *déformation* peu prononcée au début, affecte soit la forme d'un gonflement léger; plus tardivement la cuisse prend l'aspect dit « en gigot » ou « en baril » ;

d) La *circulation, veineuse superficielle* qui manque rarement ;

e) La *fluctuation*, surtout marquée dans la région des adducteurs, est un signe tardif qu'il ne faut pas attendre ;

f) Le *bourrelet annulaire de Chassaignac* paraît être un signe tout à fait exceptionnel ;

g) L'*adénite inguinale*.

Le groupement variable de tous ces symptômes nous fait admettre trois types cliniques auxquels nous croyons pouvoir rapporter toutes les observations publiées ; ce sont les formes :

1° *Typhoïdes* analogues à celles qu'on peut observer dans toutes les localisations ostéomyélitiques aiguës ;

2° *Rhumatoïdes* simulant une poussée de rhumatisme monoarticulaire;

3° *Coxalgiques*. Cette dernière variété correspond au tableau clinique décrit par e professeur Poncet, sous le nom de « pseudocoxalgies ».

Dans les *ostéomyélites du grand trochanter* l'évolution est souvent moins aiguë, les accidents moins importants ; ce qui fait, en effet, la gravité des formes précédentes, c'est la participation de l'articulation coxo-fémorale. De toutes les complications survenant dans le cours de cette affection, nous insistons sur le *décollement épiphysaire* (Lannelongue), facile à diagnostiquer par la mobilisation prudente du membre, déterminant de gros craquements comparés par le professeur Poncet *à ceux d'une noix sèche dans sa coque.* Nous complétons cette partie clinique par l'étude comparée de 54 observations, dont nous groupons les principaux caractères dans un tableau d'ensemble qui nous permet de tirer quelques déductions importantes. C'est ainsi que la mortalité, prise en bloc, est très élevée et atteint 60 p. 100 des cas publiés; dans ce chiffre, il faut faire une place à part au streptocoque qui déterminerait 80 p. 100 de morts. Ce taux considérable s'explique si l'on songe que ce sont surtout les enfants en bas-âge qui sont la proie facile de cet agent redoutable. Le raccourcissement, les attitudes vicieuses et les ankyloses s'observent souvent et viennent encore assombrir le pronostic au point de vue du fonctionnement ultérieur du membre.

IV. Diagnostic. — Dans ce chapitre nous envisageons les erreurs qui peuvent être commises avec les autres maladies générales : (dothiénentérie, rhumatisme, blennorrhagie) ou locales (coxalgie, psoïtis, phlegmon diffus).

Nous concluons en disant: *sachons surtout penser à la possibilité de l'ostéomyélite* dans ses formes profondes et rares ; c'est le seul moyen de porter un diagnostic précoce et partant de prévenir l'évolution fatale des accidents.

V. Traitement. — Celui-ci est facile lorsqu'il s'agit d'une *forme trochantérienne* : inciser, trépaner et drainer sont les trois temps de l'intervention qui, dans ces cas, ne présente aucune difficulté d'interprétation.

Dans l'ostéomyélite de la tête fémorale les conditions sont diffé-

rentes et la conduite à tenir a été diversement jugée: la discussion porte surtout entre la simple *arthrotomie*, l'*arthrotomie* avec *opération osseuse conservatrice* (Chavannaz) et la *résection*. Tout le problème repose sur les faits suivants: en ouvrant simplement l'article, on risque de pratiquer une opération insuffisante, puisque la lésion est au début d'origine osseuse; en réséquant on supprime l'extrémité supérieure de l'os et on court presque fatalement au raccourcissement ultérieur. Cependant en présence d'accidents graves et si surtout l'intervention n'est pas pratiquée dès l'éclosion des phénomènes morbides, nous concluons: « l'arthrotomie est insuffisante: c'est la résection qu'il faut pratiquer »; comme le disait Ollier: *elle est à la hanche la plus haute expression du drainage*. Notre mémoire est mentionné et nos conclusions adoptées en partie dans une *Revue générale* parue récemment dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1907, sous la signature de M. Caubet.

Ostéomyélite à foyers multiples. *Société anatomique*, séance du 24 juin 1901.

Ostéomyélite du calcaneum et de l'astragale. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 10 mars 1901.

Sur un cas de malformation congénitale et bilatérale du col du fémur chez un prématuré. Coxa vara congénitale (en collaboration avec M. le professeur agrégé Chambrelent). *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*. Séance du 19 octobre 1906.

L'enfant qui fut le point de départ de ce travail était un prématuré débile, ne pesant à la naissance que 1.300 grammes. Il nous fut présenté à la consultation de l'Hôpital des enfants pour une malformation des membres inférieurs. Ceux-ci présentaient une attitude permanente que la photographie (fig. 2) reproduit et caractérisée surtout par une rotation externe exagérée et symétrique. Le bord interne du pied est devenu antérieur et le bord externe repose sur le plan du lit; la rotule regarde directement en dehors; les creux poplités, de postérieurs sont devenus internes et en contact l'un de l'autre. Il existe une saillie anormale à la base du triangle de Scarpa; le trochanter est élevé au-dessus de la ligne

de Roser-Nélaton ; il n'existe pas de luxation congénitale de la hanche. La radiographie montre surtout la rotation externe des membres inférieurs, le profil des péronés se dessinant sur l'épreuve en dedans des tibias.

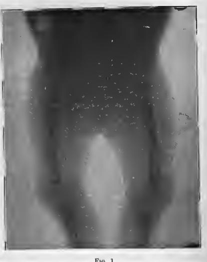


Fig. 1.

Les recherches bibliographiques que nous fîmes nous montrèrent qu'il s'agissait là d'une observation rare de coxa vara congénitale analogue aux faits encore peu nombreux rapportés par Kredel, Mouchet et Audion, Zehner et Kirmisson.

Coxalgie suppurée de la hanche droite. Méningite mortelle survenue en pleine convalescence. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 9 août 1903.

Nous montrons, à propos de cette observation, les difficultés de

diagnostiquer l'état exact des lésions tuberculeuses profondes, alors qu'il n'existe plus de douleur, que l'état local et général, paraissent écarter toute complication : la méningite est toujours



Fig. 2.

possible, elle peut survenir spontanément en pleine convalescence même chez des enfants présentant les plus belles apparences.

Tuberculose osseuse multiple : Spina ventosa du petit doigt de la main droite ; abcès froid thoracique d'origine sous-pleurale. *Communication à la Société anatomique*, séance du 3 août 1903.

Enfant de souche nettement tuberculeuse, présente des adénites multiples, un tuberculome sous-pleural et un spina ventosa du petit doigt. Après curettage des fongosités et cautérisations répétées, guérison avec *doigt rentrant* reproduisant le type clinique décrit par le professeur Lannelongue.

Angiome caverneux de la face dorsale du poignet (en collaboration avec M. Rocher). *Bulletins de la Société anatomique*, 11 mars 1902.

Pied bot congénital avec déformation de l'astragale et du scaphoïde. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 9 août 1903.

Nous étudions les altérations osseuses d'un pied bot varus équin invétéré traité avec succès par la tarsectomie postérieure avec extirpation de l'astragale et du scaphoïde.

Polydactylie. Pouce surnuméraire. *Bulletins de la Société anatomique*, 28 septembre 1903.

Hémiplégie spasmodique infantile. Pied bot équin. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, août 1903.

Il s'agissait, dans cette observation, d'un résultat éloigné obtenu dans le traitement d'un pied bot spasmodique par la ténotomie du tendon d'Achille associée à un redressement exagéré sous appareil plâtré. La correction s'était maintenue d'une façon absolue au bout de deux ans, contrairement à ce qu'on observe : la reproduction de l'attitude vicieuse étant fréquemment signalée.

Ostéosyphilose héréditaire tardive du tibia, avec allongement hypertrophique et accidents douloureux rebelles n'ayant cessé qu'après trépanation et large évidement de toute la diaphyse. *Communication à l'Association française pour l'avancement des sciences.* Angers, 1903.

De l'évidement du tibia syphilitique dans les formes d'ostéites névralgiques rebelles. *Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie*, 23 novembre 1903.

Dans ce mémoire, remis, à l'appui de notre candidature, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, nous étudions des indications exceptionnelles sans doute, mais cependant dans certains cas très nettes d'interventions chirurgicales dans le cours

de la syphilis osseuse acquise ou héréditaire. Nous avons pu réunir 5 observations de Jullien, Ménard et Viannay se rapportant à des cas de syphilis, revêtant la forme de névralgies rebelles au traitement spécifique le plus intensif. Dans ces faits, on eut recours en dernière analyse à la trépanation, et c'est sur la valeur de cette opération, qu'à l'occasion d'une observation personnelle très nette, nous avons entrepris ce travail.

Nous avons pu nous rendre compte que ces formes cliniques se rencontrent surtout alors que le squelette est en pleine croissance, chez des sujets jeunes. Le gros symptôme est la *douleur*, dont l'intensité en fait une redoutable complication. Ses caractères sont constitués par des exacerbations nocturnes, son siège diaphysaire et l'exagération de son intensité, sous l'influence de la fatigue. Mais la particularité que nous tenons surtout à signaler, c'est la résistance particulière de cette douleur osseuse à la médication spécifique, quelle que soit la forme sous laquelle on l'applique. Ce n'est qu'après avoir constaté cette insuffisance du traitement médical que l'on peut songer à faire appel à la thérapeutique chirurgicale. Dans ces cas, tantôt le tibia est seulement augmenté de volume, d'autres fois, il est régulièrement hyperostosé. Dans notre observation, ainsi que dans les faits de Ménard, Hoffa et Gangolphe, on note un allongement hypertrophique, aboutissant à la production d'un pied plat valgus. Au point de vue macroscopique, on rencontre rarement les galeries hélicoïdales décrites par Poulet ; pas de séquestres ; quelquefois l'os atteint est creusé de petites cavités remplies d'une substance sèche et pulvérulente. Le caractère anatomique le plus constant, c'est l'existence d'*ostéite condensante* ; le tissu malade est dur comme l'ivoire et se laisse à peine entamer par petits copeaux. D'autres fois, le tibia paraît bourré de gommes syphilitiques qui le déforment et lui donnent un aspect irrégulier.

Nous croyons qu'après l'essai infructueusement prolongé du traitement médical, le chirurgien est, dans ces cas, autorisé à intervenir. Suivant les circonstances, il dirigera son opération : dans tous les cas, il trépanera assez largement et continuera le traitement spécifique.

L'étude des observations que nous avons recueillies nous permet d'affirmer qu'avec les soins antiseptiques habituels, cette intervention est complètement bénigne. Nous devons à la vérité de dire

qu'elle est aussi efficace au point de vue de la disparition des phénomènes douloureux. Suivant que ceux-ci s'atténuent immédiatement ou au contraire d'une façon lente et progressive, nous recourrons pour en expliquer la production :

1° A la congestion osseuse ; 2° à la compression des filets nerveux dans le tissu éburné ; 3° enfin à l'existence d'une véritable névrite, ainsi que l'idée en avait été émise par Ollier.

Nous concluons : lorsque les douleurs pénibles et persistantes de l'ostéite syphilitique ne disparaissent pas par l'administration du traitement spécifique intensif longtemps continué, le chirurgien est autorisé à intervenir. L'inefficacité de ce traitement montre, en effet, qu'il existe autour de l'élément syphilitique des lésions réactionnelles banales contre lesquelles il faut agir à titre exceptionnel, par la méthode sanglante, seule susceptible, dans ces cas, de procurer d'heureux résultats. En agissant ainsi, on réalise cette idée d'Ollier : « Il faut traiter le tissu osseux comme les tissus mous, pénétrer partout où l'on peut soupçonner soit du pus à évacuer, soit un *étranglement à faire cesser*. »

Sur un cas de paralysie radiale liée à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. Section du nerf et enclavement. Suture nerveuse. Enrobement musculaire du radial. Guérison. — Communication au *XIXe Congrès français de chirurgie*, 1906.

Chez un enfant présentant une fracture sus-condylienne transversale de Malgaigne, nous constatons, le lendemain du traumatisme, l'existence d'une paralysie radiale complète. Les examens électriques répétés ne purent résoudre la question délicate de savoir s'il s'agissait de contusion simple du nerf ou au contraire de section par un des fragments osseux. Après deux mois d'attente, les phénomènes paralytiques ne rétrocédant nullement, nous nous décidons à intervenir. Nous trouvons le nerf englobé dans le cal et sectionné. Après résection du cal exubérant et suture du nerf, nous recourons à une technique spéciale pour isoler le nerf de la surface osseuse. Au bout de trois mois, la motilité revient insensiblement et a recouvré son intégrité dans le délai de deux mois. Cette observation a été le point de départ pour nous de recherches

Fig. 3. — Fracture sus-condylienne transversale.
Radiographie antéro-postérieure.



Fig. 4. — Nerf radial sectionné et englobé dans le cal.

bibliographiques qui nous ont montré la raretéde cas aussi complexes dans lesquels se trouvaient associées des causes de paralysie primitive (section) et secondaire (enclavement). Nous essayons de résoudre les difficultés du diagnostic de l'état du nerf, en dehors



Fig. 5. — Radiographie sagittale.

de l'examen électrique souvent insuffisant comme dans notre cas.

De l'étude attentive des faits analogues, nous croyons qu'on est autorisé à soupçonner une section du nerf quand on peut à la fois constater : 1° l'*instantanéité* de la paralysie qui est contemporaine du traumatisme ; 2° la *forme particulièrement* offensante du trait de fracture (radiographie) ; 3° le *déplacement* accusé desfragments. Ces trois éléments associés à l'inexcitabilité électrique du radial permettront le plus souvent d'avoir de sérieuses présomptions en faveur de la section. Cependant, il sera souvent prudent, dans le

doute d'attendre, car dans un nombre considérable de cas il s'agit de contusion nerveuse, et spontanément les troubles paralytiques disparaissent. Nous croyons qu'un délai de deux mois ne saurait être dépassé dans les cas douteux.

Nous discutons, en terminant, la technique à suivre pour protéger

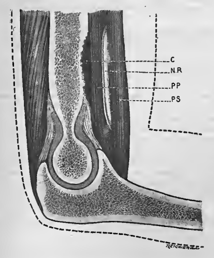


Fig. 6. — Figure schématique montrant le nouveau trajet du radial suturé.

le nerf désenclavé contre la reproduction possible de tissu osseux. On a successivement préconisé dans ce but la dépériostisation (Mouchet et Broca) ; le recouvrement du nerf par un lambeau de Thiersch (Wolfler), par un manchon de graisse sous-cutanée (Schede).

Dans le cas que nous rapportons, après Riethus, Reisinger et Rieffel, nous préconisons l'*interposition musculaire* par un procédé

d'*enrobement* du nerf dans les muscles du voisinage qui diffère par quelques détails des procédés analogues décrits dans la thèse récente de Diehl (Paris, 1906).

Tumeur blanche tibio-tarsienne avec lésion de l'astragale. *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 24 juin 1901.

Synovite fongueuse du petit doigt (en collaboration avec M. Carles). *Journal de Médecine de Bordeaux*, 11 février 1900.

L'observation que nous étudions dans cette communication correspond à une forme anormale de synovite tuberculeuse localisée à la gaine palmaire du petit doigt, et ayant eu une marche véritablement galopante. Nous montrons que l'examen histologique dans les cas analogues est indispensable pour différencier cette affection du sarcome des parties molles. Dans le cas particulier une incision exploratrice permit de prélever quelques fragments qui furent examinés dans le laboratoire de M. le professeur Coyne. Les coupes pratiquées permirent de constater l'existence de nombreuses cellules géantes. L'examen de laboratoire est dans ces circonstances le critérium sans lequel on ne peut décider aucune intervention. Celle-ci fut pratiquée quelques jours plus tard et donna un excellent résultat.

Suture du tendon d'Achille. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1er décembre 1901.

Nous fûmes conduit dans ce cas à pratiquer une suture tendineuse chez un enfant de sept ans dont le tendon d'Achille avait été entièrement sectionné dans une chute sur un tesson de bouteille. La suture des deux extrémités du tendon fut relativement facile, malgré une perte de substance de plusieurs centimètres. Une partie du lambeau cutané se sphacéla sans que pour cela la suture du tendon fût compromise : Cette observation contribue à montrer les résultats que l'on peut obtenir de la tenorraphie, même dans les cas où les extrémités tendineuses sont notablement éloignées l'une de l'autre.

Technique de l'anastomose tendineuse d'après un procédé d'accolement tendineux latéral dans la paralysie infantile. Procédé de M. le professeur Piéchaud. *Communication au IIIe Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Nantes, 1901.

Dans cette communication, que la *Presse Médicale* du 5 octobre 1901 analyse dans ses comptes rendus, nous décrivons une technique d'anastomose tendineuse par accolement latéral et suture, qui simplifie le manuel opératoire employé en pareil cas. Ses temps principaux consistent en : 1° un avivement étendu de 2 centimètres environ sur les bords des tendons intéressés, que l'on obtient facilement en enlevant une languette tendineuse de quelques millimètres d'épaisseur ; 2° une suture faite à la soie fine en surjet ; elle rapproche les deux tendons avivés par le bord éloigné, la partie moyenne de leur tranche de section, puis le bord superficiel. On réalise ainsi une suture à trois plans qui fixe solidement les organes en contact ; 3° dans un troisième temps on reconstitue une gaine commune aux dépens des gaines propres à chacun des tendons. Ce procédé à rapprocher de celui décrit par Parrish a plusieurs fois été utilisé avec succès ; il présente l'avantage d'être simple, méthodique et utilisable même avec des tendons très grêles. Il paraît devoir être le procédé de choix pour l'anastomose de deux tendons voisins, comme ceux du jambier antérieur et l'extenseur commun des orteils.

Paralysie infantile du membre supérieur gauche chez un enfant de deux mois, avec réaction précoce de dégénérescence (en collaboration avec M. Rochen). *Bulletins de la Société anatomique*, 10 novembre 1902.

Tuberculose para-articulaire. *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 23 juillet 1906.

Arrachement de l'avant-bras et de l'humérus. *Société d'anatomie et de physiologie*, séance du 27 avril 1906.

Présentation des pièces provenant d'un enfant pris par le bras dans une poulie. Il y eut arrachement de l'avant-bras et de l'humé-

rus en grande partie, avec désinsertion du triceps et déchirure des autres muscles du bras.

Syndactylie congénitale. *Société d'anatomie et de physiologie*, séance du 27 août 1906.

Le point particulier de cette observation était l'existence indéniable d'antécédents syphilitiques chez le père de l'enfant, celui-ci ne présentant aucun stigmate.

Genu valgum. *Société d'anatomie et de physiologie*, séance du 27 août 1906.

Présentation d'un jeune homme atteint d'un double genu valgum chez lequel nous fîmes, avec succès, l'ostéotomie du fémur suivant la technique de Mac Even.

Absence congénitale totale du péroné droit. *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 23 juillet 1906.

Absence congénitale du péroné : des opérations que nécessite cette malformation. *Communication au Congrès de l'avancement des sciences*, Lyon, 1906.

Bien étudiée dans la thèse de Dubrac (Paris, 1904) avec les tra-



Fig. 7.



Fig. 8.

vaux de Kirmisson, Broca et Mouchet, cette malformation est ca-

ractérisée par la déviation de la jambe et du pied et par une atrophie qui aboutit à un raccourcissement progressif. La courbure du tibia n'est pas indispensable, ainsi que le montre notre observation; ce qui doit retenir toute l'attention du chirurgien, c'est le raccourcissement du membre. Jusqu'ici, après redressement par ténotomie,



Fig. 9. — Absence congénitale du péroné. Radiographie avant l'intervention.

ostéotomie ou arthrodèse, on se bornait à mettre le pied à angle droit sur la jambe et à faire marcher l'enfant avec des appareils toujours lourds et surtout aptes à gêner le développement de ces membres déjà si atrophiés. Comme innovation, nous avons pratiqué à notre petit malade une opération que Charles Nélaton, il y a quelques années, avait proposée, mais qui, à notre connaissance, n'avait pas été faite. Nous avons opéré l'enfant de bonne heure, à 2 ans, et dans cette opération nous avons cherché à combler le

raccourcissement en arthrodésiant le pied sur la jambe, non pas dans l'attitude normale, mais en équinisme exagéré : l'axe du pied prolongeant l'axe de la jambe. De cette façon, comme dans l'opération de Wladimiroff-Mikulicz, le sujet marche exactement comme les digitigrades sur la tête de ses métatarsiens. Mais, fait important, il marche en appuyant directement sur le sol sans le secours



FIG. 10. — Radiographie après ostéotomie du tibia et arthrodèse tibio-tarsienne.

d'appareil, ce qui nous semble être, pour le développement ultérieur du membre, des conditions bien supérieures.

(Travail à paraître incessamment dans la *Clinique*.)

Corps étrangers du genou droit consécutifs à un traumatisme violent de cette articulation. *Bulletins de la Société anatomique*, 28 juin 1897.

Chez le malade dont nous rapportons l'observation nous pûmes,

grâce à l'obligeance du docteur Rivière, du laboratoire des cliniques, faire une des premières applications de la radioscopie et de la radiographie au diagnostic de ces corps mobiles. L'expérience fut tout à fait concluante, et il nous fut aisé de nous rendre compte de leur nombre et de leur volume : le plus gros, ayant la forme d'une amande, siégeait à la partie interne de l'articulation, s'élevant et s'abaissant par rapport à l'interligne articulaire dans les mouvements alternatifs de flexion et d'extension.

Luxation congénitale de la hanche. *Bulletins de la Société anatomique*, 27 novembre 1899.

Résultat de l'opération non sanglante de Lorenz. (En collaboration avec le professeur Piéchaud.) *Société de Pédiatrie*, 23 juillet 1901.

Un cas de guériaon complète de luxation congénitale de la hanche. *Société anatomique*, séance du 28 septembre 1903.

Luxation congénitale double dee hanches; réduction parfaite du côté gauche; écheo complet du côté droit. *Société anatomique*, 14 septembre 1903.

Nous attirons l'attention, à l'occasion d'une observation personnelle : 1° sur l'insuffisance des renseignements radiographiques au point de vue de l'état anatomique de l'articulation; 2° sur les troubles fonctionnels susceptibles de s'exagérer lorsque, dans un cas de luxation bilatérale, on obtient une réduction d'un côté et un échec de l'autre.

Luxation congénitale de la hanche. (En collaboration avec le professeur Piéchaud.) *Société de Médecine et de Chirurgie*, 21 novembre 1900.

Du reseaut cotyloïdien epontané ou signe de Gerdy pour le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1903.

Nous avons, dans ce travail, décrit et essayé d'interpréter un signe dont nous avions été frappé chez un enfant atteint de luxa-

tion congénitale, et chez lequel nous avions été porté à affirmer ce diagnostic sur la seule constatation de gros craquements, se produisant dans certains mouvements de l'articulation coxo-fémorale. Notre attention éveillée sur ce point particulier, nous avons pu trouver deux autres petits malades chez lesquels la constatation de ce signe était des plus typiques. Ce sont ces observations qui nous servent à établir les caractères de ce que nous avons appelé le *ressaut cotyloïdien spontané*.

Ce signe est l'association d'un bruit et d'un déplacement osseux ou ressaut se produisant simultanément dans l'articulation à l'occasion le plus souvent d'un mouvement d'abduction. Le bruit est sourd, rugueux, plus ou moins intense, s'entendant à distance ; le déplacement qui l'accompagne consiste en un mouvement brusque, en une sorte de déclanchement, que l'on ne peut mieux comparer qu'à celui obtenu dans les manœuvres de réduction par la méthode Paci-Lorenz. Dans les cas que nous avons observés ce signe étai d'une telle netteté qu'on ne pouvait le confondre avec aucune autre affection. Un des caractères qui nous a paru constant, c'est la facilité avec laquelle ce signe se reproduit spontanément. Il paraît s'atténuer au fur et à mesure que la tête fémorale s'éloigne de la cavité cotyloïde et qu'apparaissent les signes de certitude de la luxation. Pour établir, avec quelque vraisemblance, sa fréquence, il faudrait examiner de parti pris un très grand nombre d'enfants en bas-âge. Nous croyons qu'il y aurait intérêt à se renseigner auprès des parents, en attirant leur attention sur ce signe, qui peut passer inaperçu dans ses modalités atténuées. Sa constatation est pour nous de grande valeur. Dans les premiers mois qui suivent la naissance, il serait le seul élément de diagnostic précoce.

Gerdy avait autrefois signalé l'existence de craquements se produisant surtout dans l'abduction et traduisant la subluxation de la tête fémorale. C'est en raison de ce fait, que nous proposons de donner à ce signe le nom de cet auteur, sans vouloir adopter pour cela d'une façon exclusive l'explication qu'il en avait fournie. Lorenz s'élève énergiquement contre cette opinion de la subluxation possible. Qu'il soit dû au ressaut du rebord cotyloïdien postérieur ou à celui de ces « accidents de terrain » qui existent si fréquemment dans la fosse iliaque externe en pareil cas, ce symptôme est toujours lié à un déplacement de la tête fémorale hors de la

cavité cotyloïde déshabitée : on ne peut en comprendre autrement la production.

Nous ne serions pas éloigné de croire que le signe que nous décrivons se rapporte à des luxations incomplètes avec déplacement de la tête sur le rebord cotyloïdien. Ce qui, jusqu'à preuve du contraire, nous porte à émettre cette hypothèse, c'est l'évolution de ce signe à mesure que l'enfant grandit. Nous signalons l'opinion d'Hoffa qui considère ces craquements comme un signe de l'absence du ligament rond, permettant une plus grande mobilité du fémur et une reproduction plus fréquente de ses sorties hors de la cavité cotyloïde.

Etant données les grandes difficultés du diagnostic précoce de la luxation chez les jeunes enfants, ce signe nous paraît avoir une certaine valeur et devrait être utilement recherché, soit dans les enamnésiques, soit par sa constatation directe. Seul il permettra d'affirmer, lorsqu'on le rencontrera, la malformation, alors qu'à cette période, ainsi qu'il ressort des constatations de d'Hoffa, de Lorenz, il y a pénurie absolue de symptômes.

Appendice caudal enlevé chez un enfant d'un mois. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 déc. 1905.

Cicatrices chéloïdiennes. *Soc. anat. physiologie*, séance 18 déc. 1905.

Ostéomyélite bipolaire du tibia. *Soc. obst., gynéc., pédiatrie*, séance 11 juin 1906.

Exostose de l'omoplate. *Bulletins et Mémoires de la Soc. anat. et phys.*, 1906.

Cette observation fut de point de départ de la thèse de Ferboe, où elle est publiée *in extenso*. Le point spécial sur lequel nous tenons à attirer l'attention est la nécessité de circonscrire le point d'implantation de l'exostose par une couronne de fraises afin d'éviter le récidive.

Décollement épiphysaire du radius. *Journal de médecine*, 1906, n° 43.

Quelques considérations ds technique opératoire à propos d'un cas de suturs secondairs de la rotule après résection d'un long cal fibreux. *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 27 juillet 1906.

Nous rapportons dans ce travail l'observation d'un jeune homme

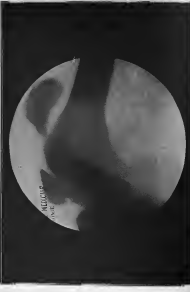


Fig. 11.

qui, à la suite d'une fracture de la rotule, présentait des troubles graves de la marche liés à un cal fibreux douloureux mesurant 6 centimètres. Avant de pratiquer sur lui l'intervention chirurgicale,

il fut soumis, pendant de longs mois, à un traitement préparatoire ayant pour but de rapprocher peu à peu les deux fragments osseux,

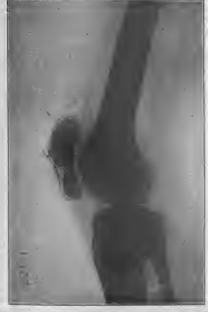


Fig. 12.

Grâce à cette technique, nous pûmes facilement réaliser une suture au fil d'argent de la rotule après résection du cal. Nous eûmes recours à l'association du cerclage et de la suture, qui donne certainement plus de sécurité. Le résultat anatomique contrôlé par la

radiographie nous montre que, malgré l'écart important qui sépa rait les fragments, nous avons eu une réunion osseuse, fait moins rare aujourd'hui que du temps de Pibrac et Dupuytren. Le résulta fonctionnel, grâce au massage et à la mécanothérapie, fut excellent. Nous insistons sur la nécessité de faire,en pareil cas, un traitement préalable qui facilite beaucoup l'intervention.

Sur un procédé de cerclo-suture de la rotule. *Communication à la douzième section du Congrès de l'avancement des sciences,* Lyon, 1906.

Le procédé appliqué dans le cas précédent, dix ans après la fracture, tire son originalité : 1° du traitement pré-opératoire fait un an avant l'intervention et qui permit de rapprocher les deux segments osseux, après une résection d'un col fibreux de 6 centimètres ; 2° par une association de deux points de suture osseux et d'un cerclage complet d'une technique peut-être plus facile que l'hémicerclo-suture préconisée par M. Quénu.

Des résistances opposées à l'abaissement de la tête fémorale par les adducteurs dans la réduction non sanglante. Mémoire présenté à l'appui de ma candidature à la *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux,* octobre 1903.

Nous étudions dans ce mémoire le raccourcissement des muscles adducteurs de la cuisse et la résistance qu'ils opposent à l'abaissement de l'extrémité supérieure du fémur dans les manœuvres de réduction. Nous basons nos réflexions sur des observations inédites, toutes également démonstratives de l'efficacité de la ténotomie ou de la désinsertion par manœuvres externes suivant la technique préconisée par Lorenz. Sous l'influence de ce temps particulier de l'intervention, on peut voir se réaliser la descente de l'extrémité supérieure du fémur, et obtenir des résultats qu'il serait impossible d'avoir sans cette manœuvre. L'une de ces observations est caractéristique ; il s'agissait d'une fillette chez laquelle, à deux reprises différentes, la réduction avait été inutilement essayée. Nous fûmes frappé de la tension considérable des muscles adducteurs très notablement raccourcis. De parti pris, nous en prati-

quâmes la rupture sous-cutanée et nous pûmes immédiatement transposer la tête en avant. Nous insistons, en terminant, sur les indications de cette manœuvre, inutile chez les jeunes enfants, indispensable et efficace lorsqu'il s'agit de sujets plus âgés chez lesquels le raccourcissement musculaire joue un rôle indéniable.

Anévriame diffus de la fesse : Ligature de l'hypogastrique ; ouverture du foyer. Ligature de la fessière. Guérison. *Association française pour l'avancement des Sciences.* Congrès d'Angers, 1903

A l'occasion d'une observation personnelle d'anévrisme diffus de la fesse, survenu bruquement chez un homme de trente et un ans, nous étudions les indications opératoires et la technique à suivre en pareil cas. Les règles généralement adoptées consistent à inciser le foyer et à lier les deux bouts. Nous croyons qu'à la région fessière les conditions anatomiques sont telles que, dans certains cas d'infiltration considérable s'étendant trés loin, il est préférable, avant d'ouvrir le foyer, d'assurer l'hémostase, en pratiquant d'emblée la ligature de l'artère hypogastrique. C'est ce que nous fîmes dans cette circonstance. Étant donné l'état général de notre blessé, pour économiser du temps et hâter la ligature en la simplifiant, nous eûmes recours à la laparotomie sur le plan déclive ; en quelques minutes l'iliaque interne fut liée et le ventre refermé. Assuré ainsi de ne pas être inondé de sang, le foyer fut incisé, débarrassé d'une grande quantité de caillots, ce qui nous permit de voir un jet de sang rouge sortant de l'artère fessiére à son émergence. La ligature en fut facile. La guérison se fit sans incident.

Cette observation, curieuse à plus d'un titre, nous a permis de nous rendre compte que, sans la ligature préalable de l'iliaque interne, l'intervention menaçait d'être trés difficile, elle eût pu être fatale étant donné l'état d'anémie aiguë de notre opéré. Il nous a paru qu'il serait dans ce cas peu prudent de suivre le précepte actuel de la chirurgie vasculaire, en faisant d'emblée porter notre intervention sur le foyer de l'hémorragie. Il était à craindre, en suivant cette technique, de ne pas être maître de l'hémorragie, dont le point de départ profond eût échappé à nos moyens. En agissant ainsi,

nous pensions diminuer les aléas de notre opération. La voie suivie a facilité considérablement le premier temps de l'intervention. L'ouverture du foyer, rendu ainsi beaucoup plus simple, nous a permis de faire une observation importante. Malgré le fil posé sur l'hypogastrique, la circulation n'était pas complètement abolie, même immédiatement après la ligature. Cette constatation a la valeur d'un fait expérimental et montre qu'en pareil cas la ligature préventive ne doit être qu'une partie d'une opération plus logique devant toujours porter sur le siége même de la déchirure artérielle.

Appareil pour mobiliser le coude après la résection ou l'arthrotomie. *Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie*, 19 décembre 1902.

Ayant pratiqué avec succès l'arthrotomie du coude chez un

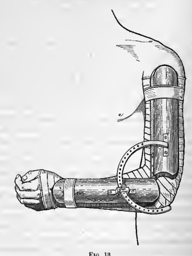


Fig. 13.

enfant atteint de luxation invétérée, nous fûmes conduit, pour assurer la conservation des mouvements, à faire construire un petit appareil de mobilisation, qui nous donna dans ce cas un résultat excellent. Cet appareil mobilisateur du coude fut présenté par nous à la Société de Médecine et de Chirurgie, dans sa séance du 19 décembre 1902. Il consiste en deux attelles de bois léger et creusées en gouttière, chacune d'elles s'adaptant à l'un des deux segments de l'articulation ; par leurs extrémités inférieures elles sont articulées et ne peuvent exécuter que des mouvements de flexion et d'extension.

L'étendue de ces mouvements est mesurée et dosée par un segment de cercle métallique fixé à l'attelle brachiale et sur lequel glisse librement le segment correspondant à l'avant-bras. Un nombre assez considérable d'orifices, creusés dans l'arc métallique, permet de fixer le membre dans une attitude variable pouvant aller de la flexion angulaire à l'extension absolue.

Un des multiples avantages de ce petit instrument de fabrication très aisée et peu compliqué consiste dans ce fait, qu'il permet la mobilisation progressive et graduelle du coude, en assurant la fixité de l'articulation dans le sens latéral.

Grand traumatisme du membre supérieur droit chez une enfant. Amputation. Mort. (In thèse CHARRIER, 1905, Bordeaux).

Étant chef de clinique chirurgicale, nous eûmes à donner nos soins à une fillette de 10 ans, tombée d'une fenêtre du deuxième étage. Conduite à l'hôpital avec des signes de shock manifeste, elle présentait des lésions graves du côté du membre supérieur droit.

A l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, le bras est absolument broyé, les muscles en bouillie, l'humérus écrasé en plusieurs fragments ; le paquet vasculo-nerveux a été arraché par la violence du traumatisme et le membre n'est plus rattaché à l'épaule que par quelques fibres musculaires et tendineuses, un pont de peau de 2 centimètres de largeur et des débris de vêtements qui souillent cette vaste plaie ainsi que des corps étrangers et poussières provenant du sol.

Après grands lavages, injections de caféine et de sérum antitétanique, nous pratiquons, sous chloroforme, la régularisation de

la plaie. Chez cette fillette, il ne pouvait être question de conservation, et chez elle l'amputation ne pouvait pas être discutée ; elle nous donna cependant un échec thérapeutique, que nous avons fourni à notre ami Charrier pour son importante thèse sur *la Conduite à tenir dans les grands traumatismes des membres.*

Kyste du grand pectoral. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 7 janvier 1906 (en collaboration avec M. Bezos).

Chez une femme âgée ayant exercé longtemps la profession de blanchisseuse, nous enlevâmes à la cocaïne, suivant la méthode de M. le professeur Reclus, une tumeur siégeant dans le muscle grand pectoral. L'examen histologique, pratiqué dans le laboratoire du professeur agrégé Sabrazzés, montra qu'il s'agissait d'une poche kystique, de nature fibreuse, incluse dans le grand pectoral, ne présentant dans sa structure aucune trace de membre hydatique. La cavité de la poche est tapissée par un tissu d'inflammation chronique bourgeonnant, constitué par des cellules lymphoïdes, des cellules fusiformes et des débris hématiques. On ne trouve pas de cellules éosinophiles.

Il est possible qu'il s'agisse là, cependant, d'un kyste hydatique très ancien, qui a subi toutes sortes de métamorphoses successives et dont il ne reste plus qu'une poche fibreuse, que l'adventice en somme. Le muscle, tout autour du kyste, présente des lésions dégénératives très nettes.

Cette observation a été le point de départ de la thèse de Bezos (Bordeaux 1906).

De l'enchevillement dans les fractures du condyle de l'humérus avec retournement. *Communication à la Société anatomique de Paris*, 11 avril 1907.

Chez un enfant présentant une fracture du condyle externe avec retournement complet du fragment, nous eûmes recours à l'arthrotomie du coude ; puis, au lieu de pratiquer l'extirpation du segment osseux retourné, il nous fut facile de le remettre en place et de le fixer par une cheville d'ivoire et un fil d'argent. Grâce à cette intervention, l'enfant recouvra la plus parfaite intégrité de son

articulation. A l'appui de cette conduite, que nous préconisons, nous fournissons les radiographies avant et après l'opération La

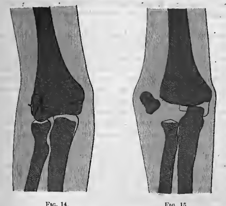


Fig. 14. Fig. 15.

technique suivie nous paraît préférable, dans ces cas rares, à l'extirpation, à laquelle, jusqu'ici, on a eu surtout recours. (Mouchet, Fractures de l'extr. inf. de l'humérus.)

Ligature de l'hypogastrique comme temps préliminaire dans le traitement des anévrismes diffus de la région fessière. *Congrès de l'avancement des sciences*, 1906.

Plaie du médian. *Soc. anat. et physiologie*, 27 nov. 1905.

Communication relative à un malade ayant reçu un éclat de verre à la partie antérieure du poignet et présentant de l'anesthésie de la face palmaire du pouce, de l'index et du médius. Soupçonnant l'existence d'un corps étranger, nous fîmes une incision, qui nous permit de constater l'existence d'une plaie incomplète du nerf médian.

Grand traumatisme du membre inférieur droit chez un enfant de 14 ans. Amputation de cuisse au tiers supérieur. Guérison. *Société d'obst., gyn., pédiatrie*, séance du 24 août 1905.

Après avoir rappelé l'importance des publications convaincantes de M. le professeur Reclus au IXe Congrès de chirurgie et dans ses cliniques chirurgicales de la Pitié sur la *méthode conservatrice* dans les grands traumatismes, actuellement admise universellement nous établissons; à l'occasion d'une observation personnelle, que c'est devant les indications spéciales de chaque cas que nous devons faire échec à nos convictions les mieux établies.

Chez un enfant de 14 ans, présentant un traumatisme grave du membre inférieur droit avec écrasement étendu du tibia et du péroné, ouverture du genou, fractures comminutives des condyles du fémur, ablation étendue des parties molles, nous eûmes recours à l'amputation, qui nous donna, dans ce cas particulièrement grave, un très beau résultat. Dans les considérations dont nous faisons suivre le détail de cette observation, nous insistons sur un point particulier: c'est l'indication que peut fournir, au point de vue de l'exérèse, *la disparition étendue du revêtement cutané.* Lorsque, dans un de ces grands traumatismes des membres, indépendamment des lésions vasculaires, nerveuses ou squelettiques, il existe un *déshabillage* étendu du membre, lorsque celui-ci semble avoir été scalpé sur toute sa circonférence, et cela dans une grande étendue, il semble qu'il y a là une raison sérieuse pour ne pas pousser le désir de conservation trop loin. A quoi bon essayer de garder à tout prix un segment de membre qui ne pourra jamais rendre aucun service si, dans cette tentative audacieuse, on s'expose à des accidents d'infection grave d'autant plus à redouter que l'anémie traumatique est plus grande ? Sans doute, la greffe permet actuellement de recouvrir de grandes étendues, mais il y a une limite à ses succès. C'est surtout dans le voisinage des grandes articulations que la perspective d'une cicatrice circonférencielle est à redouter. Dans notre observation, avec les lésions du squelette et des muscles existait en effet un arrachement étendu du revêtement cutané dont la connaissance nous parut être une indication à amputer. On pourrait sans doute objecter qu'il eût été aussi facile d'attendre et

de faire une amputation tardive de régularisation. Il nous a paru plus sage de débarrasser notre blessé d'une large surface infectée, où l'absorption n'aurait pas manqué de se faire les jours suivants, diminuant ses faibles chances de guérison.

Empalement, in thèse de MILLON, Bordeaux, 1906.

Observation relative à un enfant de douze ans, tombé à califourchon sur une barrière à claire-voie. Large plaie périnéale ayant décollé l'anus et le rectum. Après lavage, suture des muscles releveurs et du périnée. Accidents de suppuration nécessitant l'ablation des sutures. Malgré cela, réunion complète sans fistule.

Abcès post-ostéomyélitique de l'humérus. Radiographie. *Congrès de l'avancement des sciences*, 1906.

Les suppurations osseuses de l'ostéomyélite aiguë n'envahissent la diaphyse, dans les cas habituels, que par voisinage. Ici, il s'agit d'un foyer secondaire et tardif de l'infection ostéomyélitique, dans lequel, par voie sanguine, s'est faite une infection de la diaphyse de l'humérus, les deux épiphyses de cet os n'ayant à aucun moment été touchées.

Par la trépanation de l'os, on trouve un foyer enkysté, véritable abcès de l'os, renfermant, comme l'infection originelle, du staphylocoque. La radiographie donne, dans ce cas, une épreuve très nette confirmant le diagnostic.

Altérations du squelette dans le pied bot varus équin congénital. *Société de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Bordeaux*, séance du 11 juin 1906.

Parallèle entre la tarsoclasie et le traitement chirurgical dans le pied bot varus équin congénital. *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 15 juin 1906.

A propos d'un jeune enfant atteint de pied bot congénital varus équin ayant subi, sans grands avantages, de nombreuses séances de tarsoclasie pendant trois années consécutives, et chez lequel nous eûmes, en dernier lieu, recours à la méthode sanglante, nous

insistons sur les indications des tarsectomies postérieures toutes les fois que, par l'examen direct, ou l'essai temporaire des manœuvres de redressement, on est conduit à soupçonner des déformations graves du côté du squelette. Dans cette observation particulièrement rebelle à la tarsoclasie, nous pûmes constater des



Fig. 16.

altérations de forme très accusées du côté de l'astragale, du cuboïde et du scaphoïde qu'il nous fallut successivement extirper pour obtenir le redressement complet du pied qui a persisté depuis (fig. 16).

Résultat du traitement chirurgical dans le double pied bot congénital. *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 8 juin 1906.

L'intérêt des observations que nous présentâmes à la Société de médecine, en communiquant l'histoire d'un petit malade atteint de

double pied bot congénital (fig. 17), réside surtout dans l'étude des indications et contre-indications du traitement chirurgical. Nous fûmes en présence, dans ce cas, d'altérations osseuses graves chez un enfant n'ayant pas marché, et, étant donné le jeune âge du sujet,



FIG. 17. — Double pied bot congénital : avant l'opération.

nous eûmes recours à une tarsectomie postérieure de chaque côté, mais avec un intervalle de plusieurs mois. Abordant le pied par l'incision dorsale externe de Bœckel, adoptée depuis plusieurs années par notre maître le professeur Piéchaud, nous fûmes conduit à enlever à droite et successivement : l'astragale, le cuboïde et le scaphoïde. A gauche, après l'ablation de l'astragale et du cuboïde nous constatons que le pied ne se redresse qu'incomplètement, nous sommes obligés d'enlever le calcanéum qui nous apparaît alors considérablement déformé, la gouttière calcanéenne très

exagérée ; cet os semble avoir subi un mouvement de torsion qui



Fig. 18. — Résultat après tarsectomie bilatérale.

le fait buter contre la mortaise tibio-péronière qui n'arrive pas à l'enchâsser.

Ces déformations aussi accentuées du calcanéum sont rares chez des sujets de cet âge et Lucas-Championnière qui préconise l'extirpation large des os du pied bot dans les tarsectomies pour pied bot congénital n'a pratiqué, à notre connaissance, que des résections partielles de cet os. Ayant eu l'occasion de réséquer, pour ostéomyélite grave du pied, le calcanéum d'un sujet de quatorze ans, nous n'avons pas hésité devant les difficultés de redressement que nous occasionnait cet os à l'enlever en entier. Le résultat esthétique et fonctionnel obtenu chez notre petit opéré nous donne raison et du côté gauche (où le calcanéum a été extirpé en entier) comme du côté droit où il a été respecté, nous avons un pied d'apparence normale, non atrophié, s'appliquant bien à plat sur le sol et ne fatiguant nullement à la marche (fig. 18).

Cette nouvelle résection du calcanéum, suivie comme la première d'un excellent résultat fonctionnel, nous incite à ne considérer aucun des os du tarse comme indispensable chez l'enfant. Il est certain que les résections que nous avons faites ont été sous-périostées et que, selon toutes vraisemblances, *l'os malformé* une fois enlevé aura été remplacé par une production osseuse d'origine périostée dont le développement se sera fait dans une situation tout à fait propice à la station et à la marche. Et il nous semble beaucoup plus logique, en vue du résultat désiré, au double point de vue de la forme et de la fonction, dans les cas à grandes déformations osseuses, de recourir à l'extirpation à ciel ouvert des os déformés que de vouloir avec des éléments si peu favorables, et presque malgré eux, opérer un redressement que l'on n'est pas toujours sûr d'obtenir.

Nous établissons que vouloir conserver quand même des organes aussi complètement déformés, sous prétexte que la chirurgie orthopédique doit avoir pour « but de rétablir à la fois la forme et la fonction », c'est méconnaître les résultats esthétiques fournis par la méthode chirurgicale de l'extirpation des os trop déformés. Il paraît plus facile de réaliser cet idéal en se débarrassant des matériaux de mauvaise qualité que la nature remplacera vite et bien, grâce à l'action ostéo-formatrice du périoste.

En terminant, nous tenons à bien faire ressortir que pour nous, suivant l'enseignement de notre maître, le professeur Piéchaud, la tarsectomie a des indications spéciales dans les déformations

accuséea du squelette ; qu'elle peut être pratiquée dans le courant de la seconde année, à partir de un an et demi, si la résistance du sujet y autorise ; qu'enfin, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique, elle est susceptible de donner d'excellents résultats comparables, cicatrice à part, avec les plus jolis succès des autres méthodes.

Fraotures de bras et de cuisae traitéea par l'appareil spiral (en collaboration avec M. Cazenave). *Congrès de Chirurgie*, 1906.

En présentant un appareil spécial pour fractures au dernier Congrès de chirurgie, nous avons rapporté trois observations de fractures traitées chez l'enfant sous le contrôle de la radiographie et dans lesquels nous avons obtenu de ce mode de traitement d'excellents résultats.



Fig. 19. — Fracture de l'humérus. Appareil en place.



Fig. 20. — Fracture de cuisse avant la réduction.



Fig. 21. — Fracture de cuisse. Après réduction. Appareil spiral en place.

II. — THORAX ET COLONNE VERTÉBRALE

Contribution à l'étude de l'immobilisation dans le mal de Pott chez les enfants. Appareil à immobilisation et extension continue. Statistique de la clinique chirurgicale infantile. Thèse de Bordeaux, 1899.

Nous écrivîmes notre thèse inaugurale alors que la retentissante communication de Calot de Berk paraissait devoir révolutionner le traitement du mal de Pott. Sous l'inspiration des résultats que nous obtenions dans le service de clinique chirurgicale infantile de notre maître, le regretté professeur Piéchaud, nous eûmes l'idée de rechercher ce que devenaient, au point de vue de la santé générale et de la gibbosité, les malades considérés comme guéris. Retrouver ces anciens pottiques, constater leur état, comparer leur histoire, tel fut le but vers lequel nous fûmes guidés. Malgré les difficultés que connaissent bien tous ceux qui ont tenté de retrouver des malades plusieurs années après leur séjour à l'hôpital, nous pûmes recueillir 120 observations, dont nous reproduisons les caractères particuliers dans un tableau d'ensemble.

Chapitre premier. — Nous rappelons succinctement, dans ce chapitre, les formes diverses sous lesquelles l'immobilisation fut appliquée durant des siècles à la thérapeutique de la tuberculose vertébrale. Depuis le « banc d'Hippocrate », qui n'était autre chose qu'une échelle sur laquelle on étendait le patient jusqu'aux lits plus complexes de *Venel*, *Duvat*, *Lafond* et *Gillebert d'Hercourt*, se présentant sous l'aspect de véritables instruments de torture. Parmi les applications plus modernes, nous signalons les *appareils de Reyher et Rauchfas* (1876), consistant en une sangle passant sous la région atteinte de gibbosité et la suspendant en quelque sorte au-dessus

du lit sur lequel le malade est couché. Cette technique, employée dans le service de Bergmann, paraît peu conciliable avec une immo-



Fig. 22. — Corset appliqué à l'enfant étendu sur un lit.

bilisation prolongée. Trois noms sont surtout à mettre en évidence dans l'historique de l'immobilisation, c'est celui de *David*, modeste chirurgien de Rouen, qui écrivait que la curation des lésions vertébrales devrait être *l'ouvrage de la nature, du temps et du repos* ;

puis celui de *Bonnet*, de Lyon, dont la gouttière présente chez l'enfant de gros inconvénients, enfin celui du professeur *Lanne-*



Fig. 23. — Appareil complet avec claie en osier.

longue qui a rendu réellement pratique, en chirurgie infantile, l'application jusque-là difficile du principe de l'immobilisation.

Chapitre II. — Nous y donnons la description de l'appareil à im-

mobilisation et extension continue en usage dans le service de chirurgie infantile (fig. 22 et 23), et qui n'est, en somme, qu'une modalité du lit analogue antérieurement décrit par M. le professeur Lannelongue.

Chapitre III. — Dans cette partie de notre travail, nous étudions nos observations groupées en trois types : maux de Pott : 1° avec longue inmobilisation ; 2° avec immobilisation insuffisante ; 3° sans immobilisation.

La comparaison de ces cas, au triple point de vue de la gibbosité, des paralysies et des abcès, montre d'une façon évidente l'importance d'une *longue immobilisation*. Celle-ci seule est susceptible d'amener la régression d'abcès par congestion, même très volumineux, ainsi qu'il ressort de la remarquable observation I, relative à une fillette de six ans, atteinte du mal de Pott dorso-lombaire, avec un abdomen anormalement développé, offrant l'aspect d'un ventre gravide de sept à huit mois chez laquelle l'immobilisation amena la régression progressive et la disparition complète de ce volumineux abcès dont le contenu était évalué à 3 litres de pus.

Chapitre IV. — Nos *résultats* nous permettent d'affirmer qu'il peut très bien y avoir compatibilité entre les exigences d'une immobilisation sérieuse dans le mal de Pott et les nécessités du traitement général. Dans la phase aiguë de la tuberculose vertébrale, le repos au lit doit être continué pendant des mois ; il faut y recourir encore longtemps après que les phénomènes douloureux ont disparu. Avec l'immobilisation précoce, nous n'avons pas trouvé d'exemple de troubles paralytiques ou d'abcès survenus pendant le traitement. Dans les observations où ces complications existaient au moment de l'application d'une thérapeutique rationnelle, nous les avons toujours vues s'atténuer et quelquefois disparaître à la longue.

L'étude comparée de notre statistique confirme les résultats antérieurement publiés par le professeur Kirmisson, au point de vue de la répartition du mal de Pott et la fréquence des abcès ossifluents. (Statistiques, années 1897-1898.)

CHAPITRE V. — Nous tirons de notre travail plusieurs conclusions pratiques.

Cherchant à préciser la durée du traitement, nous disons : « Pour obtenir des succès et des guérisons définitives, l'emploi de l'appareil doit être longtemps prolongé sans qu'il soit possible de donner des limites précises, chaque cas ayant ses indications. » D'une manière générale, il faut immobiliser au moins pendant dix-huit mois à deux ans, un mal de Pott nettement confirmé et dont le début remonte à plusieurs mois. Mieux vaut, en pareille occurrence, pécher par excès que par défaut. Le traitement ainsi appliqué est le seul rationnel ; en général, très bien accepté par les malades, il est possible avec la conservation d'un excellent état général. Sous son influence, dans les mauvais cas avec altération profonde de la santé, on assiste progressivement au retour de celle-ci et à la disparition complète des signes pathologiques.

Corps étrangers des voies aériennee chez un enfant de vingt-six mois. Trachéotomie (en collaboration avec le professeur agrégé CHAVANNAZ). *Bulletins de la Société de Pédiatrie, d'Obstétrique et de Gynécologie*, 14 mai 1901.

L'intérêt du cas que nous rapportons réside d'une part dans les difficultés du diagnostic, et d'autre part, dans les particularités de l'intervention. La trachéotomie basse fut insuffisante pour amener l'expulsion spontanée du corps étranger (haricot), dont le volume s'était accru par hygrométrie. La technique employée dans cette observation est exceptionnelle : lorsque le corps étranger se déplaçait dans la trachée, il était impossible de l'extraire car il passait à frottement dur et malgré tout ce qu'on pouvait faire, l'asphyxie était menaçante. Nous eûmes recours alors, à différentes reprises, au refoulement par l'intermédiaire d'une sonde en gomme élastique ; la respiration se rétablit et dans une de ces séances émouvantes, en retirant la sonde, on coinça le haricot qu'on put faire passer dans le bout sous-glottique de la trachée, d'où il fut extrait assez facilement. La conduite qui fut adoptée dans ce cas nous fut imposée par les conditions mêmes des phénomènes que nous observions ; son utilité fut incontestable, mais nous en croyons les indications tout à fait exceptionnelles.

Corps étrangers de la trachée.
Société d'anatomie, le 11 juin 1900.

Adénopathie trachéo-bronchique avec irruption brusque du contenu d'un ganglion caséeux dans les bronches. Trachéotomie. *Journal de médecine de Bordeaux*, 11 février 1900.

L'observation que nous rapportons est surtout curieuse en ce



FIG. 24.

qu'elle montre les difficultés cliniques du diagnostic des corps étrangers des voies aériennes. Un enfant de sept ans, sans antécédents

héréditaires ou personnels et d'apparence robuste est pris brusquement au milieu de ses jeux d'une dyspnée excessive avec cyanose de la face. Apporté à l'hôpital, il présente les signes caractéristiques de l'existence d'un corps étranger dans les voies aériennes : dyspnée, tirage sus et sous-sternal, cyanose; diminution bilatérale du murmure vésiculaire. Nous pratiquons d'urgence une trachéotomie basse sans grande difficulté. La canule, une fois introduite, la respiration ne s'effectue pas mieux et le malheureux enfant meurt quelques minutes après. A l'autopsie (*Bulletins de la Société d'anatomie*, 9 janvier 1900) nous pûmes nous rendre compte de l'absence de lésions laryngées ou trachéales. Par contre, l'ouverture des bronches donna l'explication des phénomènes observés : il existait, comme le montre la figure ci-jointe, à la partie supérieure et antérieure de la bronche droite, une large perte de substance conduisant dans un ganglion caséeux dont le contenu obturait les voies aériennes. Le véritable obstacle existait au niveau de la bifurcation de la trachée et on voyait même un prolongement cylindrique long de 3 à 4 centimètres oblitérant incomplètement la bronche gauche.

L'étude de ce cas, qui fut le point de départ de la thèse de notre ami Gallet de Santerre où cette curieuse observation est rapportée avec toutes ses particularités (fig. 24), nous conduisait à conclure :

« Étant donnée la difficulté inhérente à ce diagnostic, nous nous demandons si, en pareil cas, en présence d'accidents brusques et inexpliqués d'obstruction trachéo-bronchique, on ne serait pas en droit de recourir à l'introduction de sondes ou de curettes mousses eu égard surtout à la consistance molle de l'obstacle. Il est vraisemblable de penser que ces tentatives faites prudemment eussent peut-être morcelé le bloc caséeux et facilité le passage de l'air. D'ailleurs, c'est là une idée qui a été mise en pratique par MM. Bayeux et Audoin dans une observation analogue. Actuellement, c'est à la trachéoscopie qu'il faudrait recourir.

Fractures spontanées de côtes dans l'évolution d'un volumineux abcès froid thoracique. Résultat négatif de la radioscopie et de la radiographie. *Communication à la treizième section du Congrès de l'avancement des sciences*, 1906.

Chez un sujet jeune, porteur d'un volumineux abcès froid de la

partie postérieure de la région thoracique, existait une double fracture pathologique de côtes. Avec les mouvements de la respiration la crépitation était évidente. Sous chloroforme, nous pratiquons une large intervention avec incision à volet. Ouverture de deux abcès: l'un superficiel, l'autre profond sous-pleural. Résection large de deux côtes, la sixième et la septième qui étaient profondément altérées et présentaient une solution de continuité avec perte de substance. Le point sur lequel nous tenons à insister est la difficulté encore aujourd'hui de constater des lésions aussi importantes du squelette thoracique: la radioscopie et la radiographie ayant été toutes deux négatives.

Adéno-fibrome diffus du sein à forme éléphantiasique. *Communication au VI[e] Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Rouen, 1904.

Les tumeurs éléphantiasiques de la mamelle bien étudiées par Virchow et dont de nombreuses observations ont été publiées depuis, sont caractérisées en général par ce fait qu'elles sont bilatérales et surviennent souvent à l'occasion de la grossesse. Le cas que nous rapportons dans ce travail est intéressant parce qu'il s'agit d'une vieille fille et que la lésion est cantonnée dans le sein droit. Le volume de cette tumeur que nous pûmes extirper tient une bonne place à côté des faits rapportés par Manec, Monod, Huston, Hunte, Lane, etc., son poids était de 19 livres et sa circonférence de 75 centimètres.

Un point sur lequel nous insistons et qui contribue aussi à l'intérêt de ce fait ce sont les conditions tout à fait spéciales dans lesquelles l'opération fut décidée. Le néoplasme par son volume et son poids gênait énormément les mouvements ; les éruptions eczémateuses de la peau étendues sur une partie notable de la tumeur (fig. 25) et le suintement très abondant qu'elles déterminaient indiquaient l'opération sanglante. Mais d'un autre côté, la débilité mentale de notre malade atteinte de troubles cérébraux très marqués posait à nouveau cette question si intéressante des interventions chirurgicales chez les aliénés. Des constatations, que nous avons pu faire à ce sujet chez cette malade, nous portent à penser que dans ce cas où pourtant l'on pouvait espérer, en enlevant la

tumeur, la debarrasser d'une cause de souffrances physiques et améliorer son état mental, il n'en fut rien. Nous eûmes plutôt à noter une exaltation plus grande; malgré son indocilité elle guérit d'une façon complète de la vaste plaie nécessitée par l'extirpation de la tumeur qui diffusait dans les plans musculaires de la paroi thoracique.



Fig. 25.

Cette observation est donc un nouveau fait apporté à l'étude de cette chirurgie spéciale des aliénés étudiée plus particulièrement ces dernières années.

Pleurésie purulente chez l'enfant. In thèse Cassat, Bordeaux, 1899.

Le traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant obéit aux mêmes exigences que chez l'adulte : ouvrir et drainer. Dans six

observations personnelles communiquées à notre ami Cassat et publiées *in extenso* dans sa thèse inaugurale, nous donnons les résultats de nos constatations surtout au point de vue des lavages pleuraux qui, à titre exceptionnel, peuvent rendre des services dans les formes putrides et paraissent avoir une action indéniable sur la chute de la température ainsi qu'il ressort des graphiques accompagnant nos observations.

De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de la plèvre consécutifs à l'opération de l'empyème. *Archives de médecine des enfants*, janvier 1904.

La question que nous envisageons, dans cet article, n'est pas un fait de pratique journalière, elle a cependant une certaine importance clinique. Nous avons surtout en vue la chute accidentelle d'un drain dans la cavité pleurale; cet accident a été signalé plusieurs fois entre autres par Bouveret, Courtois-Suffit, Leluc, etc. Il semble qu'il soit plus facilement observé chez l'enfant si rebelle aux pansements. C'est pour un bébé de deux ans que nous fûmes appelé à prendre une décision. Alors qu'on s'est assuré de la réalité du fait, la technique à suivre peut se résumer en l'une des conduites suivantes: 1° l'expectation; 2° les tentatives d'extraction avec pinces appropriées; 3° la dilatation simple du trajet; 4° intervention sanglante avec ou sans résections costales.

Nous étudions successivement ces différents moyens, rejetant l'expectation, réservée pour les cas où le chirurgien a un doute sur l'existence réelle du drain dans la plèvre. Nous discutons l'emploi des pinces qui correspond au premier mouvement et ne donnera de résultats qu'au moment même de l'accident alors que le corps étranger est encore dans le trajet. Ces tentatives devront être faites très prudemment. Si, comme c'est le cas le plus fréquent, elles échouent, c'est à la dilatation simple du trajet qu'il faut recourir soit qu'on agrandisse l'incision au bistouri ou qu'on ait recours à l'introduction de tiges dilatables de laminaire. Cette façon de procéder est d'une simplicité considérable et d'une grande efficacité. Dans l'histoire du malade que nous observions, elle suffit à provoquer l'issue du drain migrateur. L'intervention vraiment chirurgicale: l'incision d'un espace intercostal ou la résection doit être

considérée comme une dernière ressource à laquelle on s'adressera non pas d'emblée mais seulement après échec des moyens plus modérés mais tout aussi efficaces sur lesquels nous attirons l'attention.

Considérations clinique et thérapeutique sur l'ostéomyélite aiguë des vertèbres chez l'enfant. *Association française pour l'avancement des Sciences*, Congrès d'Angers, août 1903.

De toutes les localisations de l'ostéomyélite aiguë celle de la colonne vertébrale est une de celles dont la connaissance est, en France, de date récente. Les travaux publiés par le professeur Lannelongue et son élève Cadeilban, Tournadour (Thèse de Paris, 1890), Suttel (Lyon, 1899), Poirier (*Progrès médical*, 1890), Chipault (*Traité de Neurologie chirurgicale*, 1900) mentionnent quelques observations intéressantes. Dans la thèse de notre camarade Duprat (Bordeaux, 1901) se trouvent deux observations personnelles, auxquelles nous en joignons une nouvelle dans cette communication. Nous les faisons suivre d'une étude sur l'évolution clinique de l'ostéomyélite vertébrale aiguë en rapprochant les faits qui nous sont personnels de ceux publiés par Witzel, Hahn et du très remarquable article de Weber (*Deutsche med. Wochensch.*, mai 1903) dont nous rapportons en détail l'observation dans notre travail.

Nous avons surtout en vue les cas de localisation primitive sur l'axe rachidien ; l'ostéomyélite secondaire n'étant qu'un épiphénomène dans le cours d'une ostéomyélite cantonnée dans une épiphyse plus ou moins éloignée. Nous signalons cependant un cas de Cœurderoy dans lequel il est difficile de reconnaître quel a été le point primitivement atteint puisqu'il existait deux foyers : l'un au corps de la 5e lombaire, l'autre dans l'articulation coxo-fémorale tous deux réunis par une collection purulente suivant le trajet du psoas. Il semble cependant ressortir de l'étude que nous avons faite que les ostéomyélites vertébrales secondaires sont plus exceptionnelles que les ostéomyélites primitives de l'axe rachidien.

Au point de vue anatomo-pathologique, les connaissances que nous avons sur ce sujet sont surtout tirées de quelques rares autopsies et de constatations opératoires toujours insuffisantes et incom-

plètes. Cependant nous pouvons affirmer que les arcs postérieurs paraissent plus souvent atteints et que, de tous les segments de la colonne vertébrale, c'est la dorso-lombaire qui paraît être le lieu d'élection de cette affection. La migration peut se faire en avant, le long des corps vertébraux, dans le canal rachidien ou à la région postérieure. La poche purulente uni ou bilatérale est située au-dessus des aponévroses et muscles des gouttières vertébrales qui, par leur épaisseur et leur tension la brident solidement en arrière. Dans le canal rachidien l'abcès détermine parfois des signes de myélite, qui surviendraient, pour Chipault, dans un tiers des cas; du côté des séreuses voisines, c'est la plèvre qui le plus souvent participe à l'extension des phénomènes infectieux. Nous rappelons l'observation du professeur Lannelongue, où l'on vit, au quatorzième jour, évoluer une pleuro-pneumonie double reconnaissant certainement une pathogénie analogue.

Comme dans le mal de Pott, on trouve signalés des faits où le pus se collecte en véritables abcès ossifluents descendant sur les parties antéro-latérales du rachis, pour apparaître dans les régions fessière (Chipault) ou inguinale (Weber).

Les complications sont surtout le fait des difficultés, dans certains cas, d'un diagnostic précoce et se traduisent tantôt par la périméningite suppurée, myélite ascendante, tantôt par une véritable pyosepticémie à marche rapide.

Nous attirons particulièrement l'attention, dans cette communication, sur le polymorphisme symptomatique, qui est pour nous une des caractéristiques cliniques de l'ostéomyélite vertébrale, dont les manifestations peuvent se rapporter aux cinq types suivants: 1° *typhoïde*, 2° *méningitique*, 3° *pneumonique*, 4° *péritonéal*, 5° *septicémique*. Il semble en effet que ce sont là les modalités variées de cette affection : formes déterminées à la fois par le tempérament du malade, la nature de l'infection, la virulence et la localisation des phénomènes infectieux.

Elles expliquent les difficultés du diagnostic, que l'on évitera, ainsi que nous le disons, en pratiquant un examen systématique de la colonne vertébrale chez les adolescents. Le malade couché à plat ventre sur son lit, on explore de l'œil et du doigt la région vertébrale : les troubles de coloration de la peau, la vascularisation veineuse superficielle, l'œdème, la fluctuation, sont des signes

importants, mais ils surviennent tardivement. Pour dépister l'ostéomyélite des vertèbres, c'est à l'association de symptômes fébriles généraux, ne s'expliquant par aucune lésion, avec l'existence d'un point douloureux, anatomiquement précisé à la pression, que l'on doit s'en rapporter chez un sujet en voie de croissance. Lorsqu'il s'agit d'ostéomyélite véritable, ce point très douloureux existe, mais il peut passer inaperçu et doit être soigneusement recherché.

Nous faisons suivre cette étude d'une observation personnelle inédite relative à une ostéomyélite des arcs postérieurs de la troisième vertèbre lombaire chez un garçon de onze ans.

Le point délicat dans cette région consistait à discuter la nature de l'intervention. Doit-on se borner à une simple incision d'abcès, ou bien faut-il au contraire, de parti pris et d'emblée, réséquer une partie du squelette (apophyses épineuses ou lames). Nous concluons à l'opération la plus simple : l'incision seule avec drainage qui suffit, le plus souvent, à arrêter l'évolution des accidents. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on sera autorisé à réséquer une lame vertébrale, ouvrir même le canal rachidien en réclinant prudemment la moelle, comme le fit avec succès Weber dans l'observation que nous rapportons.

En terminant l'analyse de la communication que nous fîmes en août 1903 au Congrès d'Angers, nous tenons à signaler le travail paru sur le même sujet, presque en même temps, dans la *Revue d'Orthopédie*, septembre 1903, sous la signature du Docteur Grisel, et dont les constatations corroborent celles que nous avions pu faire.

Angiome caverneux ulcéré de la paroi thoracique, extirpation.
In thèse Gheorghieff, Bordeaux, 1902.

Si l'on peut discuter, à l'occasion du traitement des angiomes, entre les avantages de l'électrolyse et de l'intervention sanglante, il est des cas où l'extirpation est le procédé de choix : en particulier lorsque l'angiome circonscrit est ulcéré. L'observation VI, qui figure dans ce travail et qui nous est personnelle, est relative à un enfant de vingt mois portant dans la région thoracique un angiome caverneux du volume d'une mandarine avec ulcération centrale. L'extirpation que nous pratiquâmes fut assez facile, malgré un pro-

longement de le tumeur dans l'épaisseur du muscle grend dorsel. Histologiquement la tumeur présentait tous les caractéres d'un angiolipome. Le cas tire tout son intérêt du volume de la tumeur, des indications spéciales qu'il présentait et de le bénignité de l'intervention, malgré le jeune âge du sujet.

Mal perforant plantaire chez un enfant; spina bifida lombo-sacré. (En collaboration avec M. ROCHER.) *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 3 novembre 1903.

Spina bifida latéral gauche de la région sacrée. *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 14 septembro 1903.

Tumeur volumineuse, d'aspect nettement ombiliqué, recouverte d'une peau seine et ne déterminent eucun trouble fonctionnel. Siège exceptionnel en dehors de le ligne médiane.

Spina bifida occulta de Recklinghausen avec troubles trophiques importants des deux membres inférieurs, absence congénitale des tibias; pieds bots varus doubles. *Bulletins de la Société anatomique*, séanco du 3 août 1903.

Spina bifida latéral. *Communication au Congrès de l'avancement des sciences*, Lyon, 1906.

Nouvelle observation relative à un jeune sujet nullement incommodé per cette malformetion, curieuse par sa situetion letérele, mais qui ne fut l'objet d'aucune intervention.

Tuberculose de l'ischion. *Communication au Congrès international de la tuberculose*, Paris, octobre 1906.

A propos de deux observations de malades atteints de tuberculose de l'ischion, nous faisons un relevé des cas peu nombreux publiés sur cette localisetion de le tuberculose osseuse. Rappelant les beaux travaux du professeur Lannelongue, les observetions de Jeen-Louis Petit, Ribes, Paul Denucé, nous esquissons l'étude de cette variété clinique, le différencient des effections du voisinege et plus particuliérement des ostéites pubiennes, de la sacro-

coxalgie et des ostéites tuberculeuses du sacrum et du coccyx. Son traitement est celui de la tuberculose osseuse, variant suivant l'état des lésions ; mais nous croyons utile, dans cette région, de recourir au curettage précoce et à l'ablation des séquestres. Dans le plus grand nombre de cas, cette affection s'accompagne de fistules persistantes et J.-L. Petit disait, en parlant d'elles : « J'ai guéri ou vu guérir entre les mains de mes confrères un grand nombre de fistules à l'anus accompagnées de carie ; mais j'ai vu bien plus grand nombre de malades périr de cette maladie pour avoir refusé d'entendre les bons avis. »

Ostéomyélite vertébrale à forme typhoïde. *Société d'anatomie et de physiologie*, Séance du 27 novembre 1905.

Présentation, six ans après, d'un malade ayant été atteint d'une ostéomyélite vertébrale grave, opéré par nous dans le service de clinique chirurgicale infantile. Le malade a guéri en éliminant quelques séquestres et ne présente aucune déviation de la colonne vertébrale.

III. — RÉGIONS CERVICALE ET FACIALE

Ostéosarcome du frontal chez un hémimélien. *Communication à la Société anatomique*, 12 août 1901.

Sarcome du maxillaire supérieur. (En collaboration avec le professeur Piéchaud.) *Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie*, 21 novembre 1900.

Un cas d'hystéro-traumatisme chez une enfant de treize ans : paralysie faciale complète et trismus. (En collaboration avec Péry.) *Journal de médecine de Bordeaux*, 1901.

Traitement de la diphtérie oculaire par les injections hypodermiques combinées aux instillations de sérum anti-diphtéritique. (En collaboration avec le professeur agrégé Mongour.) *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*, 1898.

Ayant en 1898, dans le service de M. le docteur Saint-Philippe, à soigner plusieurs enfants atteints de diphtérie oculaire, nous fûmes frappé, au cours de cette épidémie, de la résistance des lésions malgré les injections de sérum antidiphtérique associées à un traitement local approprié. Coopez, en 1897, avait démontré par des expériences sur le lapin que le sérum antidiphtéritique injecté sous la conjonctive avait une action puissante contre l'infection locale par le bacille de Lœffler; nous eûmes alors l'idée d'associer aux injections hypodermiques des instillations de sérum sur la conjonctive à l'exclusion de tout autre traitement. Les résultats obtenus furent significatifs: sept enfants atteints de diphtérie oculaire grave guérirent sans présenter aucune trace de leur affection ; alors que plusieurs antérieurement traités avaient perdu la vue.

Quelques jours après cet essai thérapeutique, Morax et Elmas-

sion (Ann. de l'Institut Pasteur) démontraient l'absorption de la toxine instillée sur la conjonctive; les résultats obtenus chez nos petits malades prouvent que l'antitoxine l'est également.

Angiome de la partie latérale gauche de la langue chez un hydrocéphale hérédo-syphilitique. *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 14 septembre 1903.

Cette observation présente un certain intérêt, en raison de la notion étiologique qu'il nous fut facile de mettre en évidence : le père de l'enfant présentant des traces très nettes d'une infection syphilitique profonde. Du côté maternel nous relevons quatre avortements successifs ; l'enfant que nous observons, produit de la cinquième grossesse, en dehors de l'hydrocéphalie, présente un angiome lingual isolé.

Arrêt de développement du maxillaire supérieur. Malformation du maxillaire inférieur et de la langue. *Bulletins de la Société anatomique*, 10 juin 1901.

Corps étrangers de la région parotidienne. (En collaboration avec M. Péry.) *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 15 juin 1901.

L'observation que nous rapportons est relative à un enfant de quatre ans, qui s'enfonça, en jouant, à la partie interne de la joue une baguette de bois qu'il tenait à la main. Dans les jours qui suivirent des phénomènes infectieux éclatèrent et déterminèrent la production d'un abcès, qui s'ouvrit à la fois dans le conduit auditif externe et à la partie postérieure du pavillon de l'oreille. Le stylet introduit dans le trajet fistuleux permettait de sentir très profondément, en connexion avec la base du crâne, un corps dur, rugueux, rappelant tout à fait la résistance du sequestre otéomyélitique. Les trajets furent dilatés progressivement avec des tiges de laminaire et l'on put extrnire facilement un morceau de bois dur, long de 3 centimètres, dont l'ablation amena la cicatrisation rapide des fistules purulentes.

Encéphalocèle occipitale. *Communication à la Société anatomique de Paris*, avril 1907.

Volumineuse tumeur occipitale, extirpée par notre regretté

maître, le professeur Piéchaud, contenait la partie postérieure des lobes sphénoïdaux ; l'enfant survécut deux jours. Il s'agissait dans



Fig. 26.

ce cas d'une véritable ectopie du contenu encéphalique à travers une large brèche crânienne (fig. 26).

Des résultats de l'intervention électrolytique dans les angiomes de la face. *Communication à l'Association française pour l'avancement des Sciences*, 1903.

L'exérèse sanglante paraît rarement indiquée dans les angiomes de la face à cause des cicatrices qui en sont la conséquence. Dans

notre communication nous rapportons plusieurs observations, avec photographies d'angiomes circonscrits ou diffus de la face traités dans le service du professeur Piéchaud avec le concours du docteur Debedat, directeur de l'Institut électrothérapique. Nous eûmes recours à l'électrolyse suivant la méthode bipolaire, dont nous établissons la supériorité en nous basant sur ces faits : qu'elle est moins douloureuse et plus efficace que la méthode mono-polaire. Après chaque séance nous avons pu constater l'existence d'un noyau d'organisation fibreuse, amenant d'une façon lente et sûre l'atrophie des tissus vasculaires.

Tumeur gazeuse du cou. Trachéocèle bilatérale chez un enfant rachitique. *Journal de médecine de Bordeaux*, 7 octobre 1906.

Chez un enfant de l'Assistance publique, présentant un très mauvais état général, il nous fut donné d'observer l'existence, sur les parties latérales du cou, d'une tumeur volumineuse, augmentant considérablement pendant l'expiration, s'affaissant au contraire à l'inspiration et présentant tous les caractères des trachéocèles. Nous avons recherché, sans le trouver, le signe de Larrey (crépitation gazeuse à la périphérie). La pression sur un point bien défini de chaque côté empêchait l'apparition de la tumeur et affirmait la communication avec les parties latérales de la trachée. Fallait-il avec Faucon (*Soc. Chirurgie*, 1873) penser à une malformation congénitale ? Nous y croyons, sans pouvoir l'affirmer. Il est certain qu'avec Larrey, Heidenreich et Duhar, nous ne saurions méconnaître le rôle des efforts et des cris. Nous rappelons à ce sujet les observations du baron Larrey pendant son séjour en Égypte. En ce pays, les aveugles sont employés par les chefs de la religion musulmane à chanter les versets du Coran aux chapiteaux des minarets. Lorsqu'ils ont chanté à chaque heure du jour et de la nuit pendant plusieurs années, ces crieurs égyptiens ont le cou déformé par une tumeur aérienne, qu'ils compriment au moyen d'un collier de carton pour pouvoir continuer leurs exercices. C'est à un traitement analogue que nous recourrons chez notre petite malade.

Phlegmon infectieux du plancher de la bouche (angine de Ludwig). *Bulletins et Mémoires de la Société d'obstétrique, gynécologie et pédiatrie*, juillet 1906.

Enfant entré à l'hôpital avec des signes généraux très graves et un empâtement considérable de la région sus-hyoïdienne. Incision large et profonde sous chloroforme. On ne rencontre pas de pus collecté, mais une infiltration diffuse de tous les tissus. Le liquide recueilli et examiné montre :

1° Des streptocoques en chaînettes assez longues ;

2° Une bactérie filamenteuse à très longs filaments enchevêtrés dans les cultures, prenant le Gramm. Ces filaments sont grêles, excessivement flexueux. A l'examen direct, la bactérie est beaucoup moins filamenteuse.

Imperforation de l'anus et de l'œsophage. Communication de pièces à la *Société d'anatomie*, 10 juin 1901.

Sur un cas de malformation congénitale complexe du tube digestif. *Communication au Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Nantes 1901.

L'observation qui est le point de départ de notre communication est celle d'un enfant que nous opérâmes avec succès d'imperforation rectale deux jours après sa naissance. Malgré la simplicité de l'intervention et le fonctionnement régulier de l'anus que nous avions créé, notre petit opéré mourut le lendemain, après avoir présenté des crises de cyanose. Son autopsie nous donna la raison de ces accidents, en nous révélant l'existence simultanée d'une malformation œsophagienne : le bout supérieur se terminait en infundibulum complètement fermé, tandis que le bout inférieur s'ouvrait dans la trachée au-dessus de sa bifurcation. Les recherches bibliographiques que nous fîmes nous démontrèrent la régularité de ces malformations œsophagiennes, très bien étudiées dans la thèse d'Eyquem (Paris, 1875). Tarnier en réunit en 1866 une douzaine de cas dans un mémoire qu'il lut à l'Académie de Médecine. Dans leur beau livre sur les malformations congénitales, MM. Lannelongue et Ménard en publient une trentaine d'exemples.

Dans ces observations la malformation œsophagienne existait seule. Nous n'avons trouvé aucun autre cas où il y ait eu, comme dans le fait qui nous est personnel, cette coïncidence curieuse de malformation de l'œsophage chez un sujet déjà porteur d'une imperforation rectale. Étudiant les indications qui peuvent résulter de cette disposition complexe, nous émettons l'avis que ce sont là des malformations graves peu compatibles avec la vie. Cependant en présence de la cyanose succédant aux tentatives d'alimentation, nous croyons utile de recourir au cathétérisme œsophagien, qui seul, en pareil cas, donne la certitude de la malformation.

La gastrostomie est la seule opération logique; on devrait en pareille occurrence la tenter, sans grand espoir. « Tout étant perdu, nous croyons autorisées toutes les audaces opératoires. »

Malformation de l'œsophage thoracique avec occlusion du bout supérieur et abouchement du bout inférieur dans la trachée. *Communication à la Société anatomique de Paris*, 1907.

Nous reprenons les considérations déjà exposées dans nos tra-

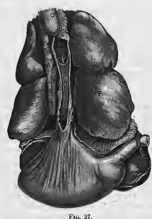


Fig. 27.

vaux antérieurs sur ce sujet et communiquons à la Société un dessin reproduisant les lésions observées à l'autopsie d'une de nos observations personnelles (fig. 27).

Étude sur quelques malformations de l'œsophage. Communication au *Congrès de l'avancement des sciences*, 1906.

Bien étudiées par Hirchsprung, Eyquem, Reynier et Brosset (de Lyon), dans sa thèse, sont des malformations rares. Nous en rapportons une deuxième observation personnelle avec autopsie.

IV. — ABDOMEN

Appendicite et gastrorragie (en collaboration avec le docteur Carles). *Société d'anatomie et de physiologie*, 20 novembre 1899.

Il s'agit d'un cas d'appendicite avec perforation survenu chez un jeune homme de 14 ans. L'opération ne permit point de découvrir l'appendice, perdu dans une vaste collection purulente, et tout dut se borner à un drainage de la fosse iliaque, remplie de pus. Cette intervention avait amené une sédation assez appréciable des phénomènes infectieux et tout semblait en bonne voie après l'opération ; mais, brusquement, au cours d'une injection de sérum, le malade pâlit, son pouls devient filiforme et il vomit du sang à pleine bouche ; quelques heures plus tard, le petit opéré mourait, présentant tous les signes d'une abondante hémorragie interne.

A l'autopsie, estomac et intestin apparurent distendus de sang noir, altéré, mais aucune ulcération appréciable ne put être découverte ; il existait seulement des placards ecchymotiques au niveau de la muqueuse stomacale. L'appendice, plongé dans une gangue épaisse, était perforé ; dans son intérieur siégeait un volumineux coprolithe ; il existait de la péritonite généralisée.

(Observation citée par M. le professeur Dieulafoy, dans sa clinique sur le *Vomito negro appendiculaire*.)

De la valeur du signe de J.-L. Faure (douleur thoracique ou scapulaire) dans le diagnostic des affections de l'étage sus-ombilical de l'abdomen. *Communication au Congrès de l'avancement des sciences*. Lyon, 1906.

Caractérisé par la douleur thoracique ou scapulaire liée à une lésion de l'étage sus-ombilical, il a été trouvé très net dans trois obser-

vations relatives, l'une à une appendicite suppurée sous-hépatique, l'autre à un abcès sous-phrénique et la dernière à un abcès de la face inférieure du foie. Signe très important dans les cas fréquents où le diagnostic est hésitant entre une perforation de l'estomac et une vulgaire appendicite.

Appendicite avec perforation cœcale. *Société d'anatomie et physiologie de Bordeaux*, séance du 20 mars 1905.

Cette communication est relative à un homme de 52 ans, entré à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Denucé, pour lequel nous pratiquâmes une laparotomie d'urgence. Le diagnostic était particulièrement délicat entre une perforation de l'estomac et une appendicite. En réalité, il s'agissait de cette dernière affection, avec cette particularité que l'appendice était haut situé sous la face inférieure du foie ; il existait enfin une perforation indépendante de la paroi cœcale. Le point que nous avons surtout mis en évidence est l'importance du signe de Jean-Louis Faure dans le diagnostic souvent difficile du siège sus-ombilical de l'affection abdominale. Chez ce malade, ce signe était très net avec tous les caractères que lui attribue son auteur. (*Leçons de Clinique et de Technique chirurgicales, Charité, Hôtel-Dieu*, 1899-1904.)

Considérations de technique opératoire relative à un cas d'appendicite chronique d'emblée à forme hyperplasique chez l'enfant. *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, séance du 13 décembre 1904.

Ayant eu à opérer, dans le service de M. le professeur agrégé Princeteau, un cas d'appendicite chronique chez un enfant de 14 ans, nous nous trouvâmes en présence d'une forme hyperplasique particulièrement délicate au point de vue opératoire.

Le péritoine incisé, les anses intestinales qui étaient saines refoulées, nous fûmes à la recherche du cæcum et d'un noyau dur que nous avions antérieurement constaté ; nous ne vîmes pas dans le champ opératoire le grand épiploon, et, en l'absence de toute adhérence antérieure, il fut facile de suivre le contour inférieur de l'ampoule cæcale jusqu'à l'abouchement de l'iléon, sans rien trou-

ver qui ressemblât à l'appendice vermiforme. Quant à l'induration, elle siégeait sur la paroi postérieure du cæcum, qui était plaqué et adhérent à la fosse iliaque. Nous pratiquons avec l'ongle le décollement de la paroi cæcale, et l'ampoule ainsi libérée est extériorisée sur des compresses, où nous l'examinons. Il existe, sur l'étendue de 4 centimètres environ, un placard dur dont la surface représente la zone décollée de la fosse iliaque ; induration qui est bien dans l'épaisseur de la paroi postérieure du cæcum, qui a une consistance et un aspect uniforme, mais dont la nature et la configuration ne rappellent en rien l'appendice et font plutôt penser soit à un petit noyau néoplasique, soit encore à ces formes de tuberculoses hyperplasiques si bien décrites, il y a quelques années, par Pilliet et Hartmann.

Cependant, l'absence de l'appendice à son siège habituel ne nous fit pas abandonner notre diagnostic primitif, malgré l'aspect troublant des lésions que nous avions sous les yeux. Avec la pointe du bistouri, nous incisâmes par petits coups la partie de la paroi cæcale, siége de l'induration. Après avoir traversé quelques millimètres de tissu scléreux, nous pûmes constater que l'appendice était complètement enfermé au centre de cet amas de tissu fibreux ; nous l'isolâmes prudemment, craignant, à chaque instant, de perforer l'intestin. Complètement séparé de son lit, l'appendice avait une longueur de 4 centimètres et un calibre variable suivant les points : la partie terminale étant plus volumineuse. Nous réséquons l'appendice, dont le pédicule est enfoui dans la paroi cæcale, et terminons l'opération par une suture méthodique de la paroi abdominale.

La guérison survint sans incident, et, un mois aprés, le malade quittait l'hôpital.

L'examen macroscopique et microscopique de la pièce nous démontra qu'il s'agissait d'un appendice scléreux avec cavité à son extrémité ne renfermant ni pus ni corps étrangers. Le tissu qui l'entourait était formé par du tissu conjonctif dense, au milieu duquel on ne trouva ni collection purulente ni fongosités ou productions tuberculeuses.

Ce qui nous a paru faire l'intérêt de cette observation, c'est, d'une part, la netteté de la symptomatologie de ce cas d'appendicite chronique d'emblée (thèse de Wagon, Paris, 1904), et, d'autre

part, les difficultés opératoires que nous avons décrites : la lésion sous les yeux, il était facile de la confondre avec un noyau néoplasique ou une néoplasie intra-pariétale. Les éléments qui, en pareille occurrence, peuvent servir au diagnostic sont, d'une part, la longue évolution des accidents et surtout l'absence préalablement constatée de l'appendice à son siège habituel.

Situation anormale du cæcum ; absence de côlon ascendant : cæcum siégeant dans l'hypocondre droit et relié à la face inférieure du foie par un repli du péritoine. *Communication à la Société anatomique*, 7 mars 1898.

Corps étrangers du tube digestif. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 30 novembre 1902.

Contusion de l'abdomen chez l'enfant : laparotomie, rupture de la rate, in thèse Rondani, Bordeaux, 1900.

Sur un cas d'invagination du diverticule de Meckel. *Communication au IVe Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie.* Rouen, 1904.

De toutes les formes anatomiques de l'invagination intestinale, celle du diverticule de Meckel est une des plus rares. Ayant eu à opérer un enfant présentant des signes d'invagination et qui succomba, malgré l'entéro-anastomose tardive que nous lui pratiquâmes au cinquième jour, nous fûmes frappé des particularités anatomiques que l'autopsie révéla. Il existait, ainsi qu'il ressort de l'examen schématique (fig. 28), une double invagination ressortissant au type de cinq cylindres de Duchaussoy.

Le boudin invaginé présentait à différents endroits, mais plus particulièrement au collet, des plaques de sphacèle. Le point le plus intéressant était l'existence, au centre du calibre intestinal, d'un cylindre allongé et renflé à son extrémité inférieure à la façon d'un battant de cloche : l'examen détaillé montrait qu'il s'agissait là d'un diverticule intestinal complètement retourné, ayant entraîné, selon toutes probabilités, l'intussusception secondaire de l'intestin grêle. L'invagination siégeait sur l'extrémité inférieure de l'iléon, à peu

de distance de la valvule iléo-cæcale (fig. 29); l'anse malade se présentait sous l'aspect d'un tube enroulé en spirale autour du mésentère dont la tension fixait le grêle dans cette situation.

Le cas que nous rapportons dans ce travail nous a permis de

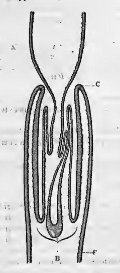


FIG. 28. — B, Boudin invaginé; — C, collier d'invagination; — F, gaine.

tirer quelques conclusions qui sont la confirmation des notions établies simultanément par le docteur Grisel dans son très important rapport sur l'invagination intestinale.

L'étiologie des cas analogues est remplie d'obscurité; dans l'histoire de notre malade nous ne trouvons aucun détail qui puisse donner un semblant d'explication de ces phénomènes. Au point de vue anatomique, on a invoqué l'existence d'un polype, d'un

lipome, voire même de glandes pancréatiques accessoires étudiées par Bize dans la *Revue d'Orthopédie* ; ici aussi notre observation est muette. Dans les cas tout à fait exceptionnels, on a décrit une variété d'invagination du diverticule de Meckel sans retournement ; le diverticule suivrait seulement dans ces faits le point du grêle sur lequel il s'implante ; il ferait partie secondaire de l'invagination intestinale. Cette modalité admise par Blanc dans

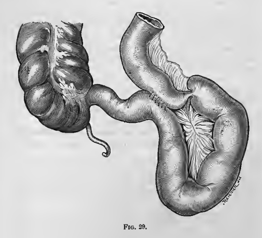


Fig. 29.

sa thèse sur la pathologie du diverticule n'explique pas le plus grand nombre des observations qui signalent le retournement complet du diverticule. Pour la pathogénie de ceux-ci, il faut donc, selon toute vraisemblance, admettre que c'est par celui-ci que les phénomènes ont débuté. Ce qui appuie cette opinion, ce sont, d'une part, les observations d'invagination du diverticule seul et, d'autre part, l'analogie du diverticule ainsi retourné avec le vulgaire polype qui tiraille continuellement son point d'insertion et

finit par l'entraîner mécaniquement. Notre observation est d'accord avec celles qui lui sont antérieures pour démontrer que ces cas se rencontrent surtout chez les enfants âgés, qu'ils évoluent assez rapidement, aboutissant plus souvent que les autres formes à la gangrène du boudin invaginé.

Lorsque les manœuvres intrapéritonéales de désinvagination prudente ont échoué, nous croyons qu'il est préférable de recourir à la résection intestinale qui sera toujours l'opération de choix, surtout lorsque l'intervention sera pratiquée d'une façon précoce. La connaissance des faits analogues doit toujours être présente à l'esprit de l'opérateur ; elle fait facilement prévoir l'insuccès et même quelquefois le danger des manœuvres qui consistent à chercher la désinvagination par l'intermédiaire des lavements liquides ou gazeux.

En terminant, nous signalons le petit nombre d'observations d'invagination diverticulaire décrites à l'étranger par Erdmann, Brunner, Kuttner, Morison, etc., en France par Picqué, Weill et Frankel, Grisel, Bérard et Delore. Ces deux derniers auteurs ont porté à quatorze le nombre des observations publiées.

(Travail mentionné dans l'important ouvrage paru récemment sur la *Pathologie du diverticule de Meckel*, par MM. Forgue et Riche.)

Cancer pédiculé de la face postérieure du rectum. État cachectique. Extirpation. *Bulletins de la Société anatomique*, 14 septembre 1903.

Chez un sujet âgé présentant, depuis de nombreuses années, des troubles de la défécation, il se produisit sous l'influence d'un lavement abondant, une issue par l'anus d'une tumeur pédiculée du volume d'un poing qui, examinée histologiquement, était un carcinome encéphaloïde. Après large extirpation du pédicule, survie de six mois, puis récidive. Nous émettons l'opinion que, vraisemblablement, il s'agissait dans ce cas d'une transformation maligne d'un polype du rectum

Abcès de la face inférieure du foie. *Bulletins de la Société anatomique*, 29 septembre 1903.

Volumineux kyste hydatique du foie. Syncope opératoire de décompression cardiaque. Marsupialisation. Hémorragie intra-kystique. *Communication à la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 26 novembre 1903.

Rein en fer à cheval (en collaboration avec M. Laroche). *Communication à la Société anatomique*, 25 octobre 1895.

Imperforation congénitale de l'uretère gauche siégeant à un demi-centimètre de la vessie avec hydronéphrose et atrophie du rein correspondant. *Communication à la Société anatomique*, 7 mars 1898.

Compression de l'uretère droit par l'utérus gravide. *Communication à la Société anatomique*, 8 février 1897.

Déformation du bassin ostéomyélitique. *Communication à la section 12e du Congrès de l'avancement des sciences*, 1906.

Les ostéomyélites coxales, bien étudiées dans la thèse de Goullioud (de Lyon), sont divisées en ostéites cotyloïdiennes et ostéites marginales. Dans un cas d'ostéomyélite chronique de la crête iliaque rentrant dans la classification des ostéomyélites marginales, nous avons pu constater, chez un enfant, deux ans après le début de l'affection, des déformations très accusées du bassin. Du côté malade, la radiographie montre une atrophie manifeste, un aplatissement de la ceinture pelvienne. L'étude de cette complication n'ayant, à notre connaissance, pas été signalée, nous attirons l'attention sur l'existence de cette déformation susceptible, chez la femme, de complications obstétricales faciles à prévoir.

V. — ORGANES GÉNITAUX

Volumineux kyste de l'ovaire chez une fillette de quatorze ans. Laparotomie, guérison. *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 26 juin 1900.

Sarcome primitif du vagin chez une enfant de deux ans, résultat de l'examen macroscopique (en collaboration avec le professeur Piéchaud). *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 14 mai 1901.

Sarcome primitif du vagin chez l'enfant. *Communication au IIIe Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Nantes, 1901 et In *Thèse Barrère*, Bordeaux, 1903.

Dans ce travail, nous étudions à l'occasion de l'observation complète d'une petite malade de deux ans, les caractères des sarcomes primitifs du vagin chez l'enfant.

Le cas que nous rapportons vaut la peine d'être signalé étant donnée la rareté des observations analogues; nous n'avons pu à ce moment en retrouver la trace parmi la bibliographie française. Dans le travail de Veit, paru en 1897 dans le *Hanbuch der Gynäkologie*, se trouvent relatés 16 cas, dont l'étude comparative avec notre observation personnelle nous a permis d'établir quelques-uns des caractères anatomiques ou cliniques de ces tumeurs.

Dans l'observation que nous relatons; deux mois avant son entrée à l'hôpital, l'enfant avait eu quelques pertes sanguinolentes puis brusquement une grosse perte de sang rouge. Au bout de quelques jours, une tumeur s'était montrée à la vulve et en même temps on avait noté de la dysurie ayant nécessité des cathétérismes répétés de la vessie.

L'urine claire et limpide au début, devint purulente. La tumeur

grossit, se sphacèle et disparaît même complétement à la chute des parties mortifiées. Immédiatement les phénoménes urinaires s'atténuent pour reparaître avec l'apparition des bourgeons néoplasiques. L'état général se modifie fâcheusement de jour en jour. L'état local est tel, lorsqu'elle nous est apportée, que toute intervention est impossible. L'enfant meurt et son autopsie faite minutieusement montre que la tumeur est implantée sur la paroi postérieure du vagin. Entre la partie supérieure de la tumeur et le col de l'utérus existe la partie profonde du vagin distendue par une certaine quantité de pus : la cavité péritonéale présente des lésions de péritonite généralisée. Les piéces examinées histologiquement par le professeur agrégé Sabrazzés montrent la tumeur constituée de cellules embryonnaires avec vaisseaux assez nombreux et sans paroi: c'est donc un sarcome embryonnaire ayant infiltré la cloison vésico-vaginale dans une certaine étendue et par greffe secondaire.

Si nous avons tenu à rappeler trés succinctement ce cas clinique, c'est qu'il nous a été donné de l'étudier d'une façon détaillée et compléte, tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue anatomique. Nous avons ainsi pu faire ressortir que dans cette observation l'opinion de Veit, qui dit ces tumeurs toujours secondaires à une malformation, est exagérée et ne peut s'appliquer à tous les cas. La transformation sarcomateuse d'un tératome peut rendre compte de certains faits, mais ne saurait être généralisée. Nous avons enfin attiré l'attention sur les variations d'implantation vaginale, et, à ce point de vue aussi, il ne saurait y avoir de régle invariable. D'aprés l'auteur allemand, ce serait la paroi vésico-vaginale qui jouirait du fâcheux privilége d'être le point de départ des sarcomes, et dans le cas qui nous est personnel, l'implantation se faisait sur la paroi postérieure, l'infiltration mise en évidence par l'examen histologique sur la paroi antérieure étant manifestement secondaire.

Nous avons pu constater enfin que la procidence de la tumeur et les hémorragies étaient les signes observés au début de tous les autres cas. C'est exceptionnellement que le col de l'utérus (Kolisco) ou la paroi antérieure du rectum participent à l'extension locale du néoplasme. Beaucoup plus souvent, le fond de la vessie se trouve envahi, soit par propagation locale, si le néoplasme débute sur la

paroi antérieure, soit par une sorte de greffe comme dans le cas que nous rapportons.

La tendance de la tumeur à tomber et à s'infecter est le plus souvent la cause de la mort ; il se produit de la cystite, puis de l'urétéro-pyélonéphrite ascendante. Les métastases sont rares et dans le cas de Körner, les lésions péritonéales paraissent devoir être rattachées, ainsi que dans les cas de Demme, à un envahissement régional de proche en proche ; il paraît que les signes les plus constamment observés en pareil cas sont : les douleurs, la dysurie, la saillie de la tumeur à travers les organes génitaux externes et les petites hémorragies.

L'évolution varie avec chaque cas ; elle est habituellement rapide ; la mort survient au bout de deux à six mois, et les faits à évolution plus longue (deux cas de Demme) paraissent ressortir plutôt de fibromes transformés ultérieurement en sarcomes.

Ainsi qu'il en fut dans notre observation, les lésions seront souvent au-dessus des ressources chirurgicales ; cependant si le diagnostic a, par hasard, pu être précoce, la thérapeutique pourra être plus active : tels les faits de Wolkmann-Schuchardt, Israël et Hollander. La voie sacrée suivie par Israël paraît à Veit devoir fournir de bons résultats. « C'est une chose désirable, quoique bien improbable, disons-nous en terminant, car la marche de cette variété de sarcome primitif du vagin chez la fillette est localement très rapide, ne traduisant son évolution qu'au moment où l'on ne pourra véritablement songer à l'enlever. »

(Ce mémoire a été repris et notre observation reproduite dans les travaux ultérieurs, en particulier par M. Maurice Rollin, dans son important travail paru dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, de M. le professeur Pozzi, 1906, n° 1 — qui, ainsi que M. Aubert, *Revue médicale de la Suisse normande*, août 1905, corroborent les points particuliers que nous avions mentionnés.)

Utérus fibromateux (en collaboration avec M. le docteur Courtin).
Société anatomique, 10 novembre 1902.

Angiome caverneux de la vulve chez une petite fille.
Bulletins de la Société anatomique, séance d'août 1903.

Torsion de la verge par bride cicatricielle consécutive à une vaste brûlure inguino-crurale. *Communication au Congrès de l'avancement des sciences*, 1906.

Observation relative à un ecclésiastique ayant subi dans son jeune âge une brûlure particulièrement grave du membre inférieur gauche. Le seul reliquat qu'il présente est une bride cicatricielle épaisse, ayant amené une torsion de la verge qui, pour le moment, ne détermine aucune gêne fonctionnelle. La verge, cependant, est attirée fortement vers la région inguinale gauche et a subi un mouvement très prononcé de rotation.

Orchidopexie. *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 30 juillet 1906.

Présentation d'un enfant qui est un excellent résultat d'une opération d'ectopie testiculaire dans laquelle le testicule était fixé dans le canal inguinal par le diverticule vagino-péritonéal persistant sous forme d'un tractus fibreux raccourci, s'opposant à la descente de l'organe.

Hydrocèle symptomatique. *Bulletins de la Société anatomique*, 28 septembre 1903.

Pseudo-hermaphrodisme (en collaboration avec M. Laurie). *Bulletins de la Société anatomique*, 25 octobre 1897.

L'observation qui est le point de départ de cette communication est relative à un sujet âgé de vingt-huit ans, inscrit sur les registres de l'État-civil comme appartenant au sexe masculin. Sa constitution générale est, en effet, celle d'un homme comme stature et développement musculaire. L'examen des organes génitaux externes montre l'existence d'un tubercule génital médian entouré de replis préputiaux et creusé à sa face inférieure d'une gouttière limitée latéralement par des petites lèvres qui en se réunissant circonscrivent un infundibulum du volume d'une tête d'épingle noire par où s'écoulent l'urine et, tous les mois, le sang des menstrues. Par le toucher rectal et le palper hypogastrique on sent un utérus

petit et mobile. En somme, il s'agissait là d'un cas de pseudo-hermaphrodisme caractérisé par l'exagération des dimensions clitoridiennes simulant l'organe mâle dont il paraissait apte à remplir certaines fonctions ; et par l'atrésie de la vulve et du vagin.

Nous concluons, en classant cette observation, curieuse à plus d'un titre, dans le groupe des malformations décrites par M. le professeur Pozzi, sous le nom de gynandroïdes-phalloïdes.

VI. — PUBLICATIONS DIVERSES

Les enfants nés avant terme. Étude historique et critique. Statistique de l'Hôpital des enfants. Bordeaux, 1898. Mémoire couronné par la Faculté de Médecine, 1898. Prix de la Société des amis de l'Université.

Dans ce mémoire, après avoir étudié les caractères anatomiques et cliniques des prématurés, nous envisageons les deux grandes indications du traitement : le réchauffement et le gavage. Nous établissons, au point de vue historique, que c'est au professeur Dénucé (de Bordeaux) que reviennent le mérite et l'honneur d'avoir un des premiers (1857) eu l'idée de faire confectionner pour les enfants nés avant terme un berceau spécial, qu'il désigna sous le nom de *berceau incubateur* et qui fut le point de départ d'une multitude considérable d'essais auxquels nous devons les appareils perfectionnés que nous possédons actuellement.

Ayant réuni une statistique de 145 enfants nés avant terme, observés par nous à l'hôpital des Enfants et mis en couveuse, nous comparons leurs observations dans un tableau d'ensemble où se trouvent réunis le poids, la température, les altérations pathologiques et le résultat des trop nombreuses autopsies que nous eûmes l'occasion de pratiquer. La mortalité que nous relevons est véritablement navrante puisque sur 145 enfants observés, nous ne notons que 35 sortis vivants, soit 70,40 p. 100 de mortalité. En comparant nos tables de température et de poids avec les résultats il nous est facile d'établir la corrélation intime qui existe entre ces deux facteurs importants. En terminant ce travail, nous ébauchons le chapitre si intéressant de l'*avenir* de ces enfants nés avant terme, nous bornant à poser le problème délicat de ce que deviennent, tant au point de vue physique qu'au point de vue psychique, ces petits prématurés.

Sur quelques heureux effets de l'administration de la thyroïdine chez les enfants retardés. (En collaboration avec M. le Dr Saint-Philippe.) *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*, 1898.

Malformations congénitales du cœur. (En collaboration avec M. le Dr Saint-Philippe.) *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1898.

Infiltration tuberculeuse des poumons avec emphysème sous-cutané généralisé. *Bulletins de la Société anatomique*, 28 mars 1898.

Lésions scléreuses du cœur d'origine syphilitique chez un nouveau-né. *Bulletins de la Société anatomique*, 28 mars 1898.

Broncho-pneumonie suppurée et pyopneumothorax. *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1898.

Persistance du trou de Botal. *Bulletins de la Société anatomique*, 10 janvier 1898.

Asystolie, myocardite scléreuse, tubercule calcifié. (En collaboration avec M. Hobbs.) *Bulletins de la Société anatomique*, 16 mars 1896.

Rapport sur un travail de M. Gourdon sur « l'état actuel de la question du traitement de la luxation congénitale de la hanche ». *Société de Médecine et de Chirurgie*, séance du 8 mars 1906.

A propos de la réforme du concours d'Internat. Lettre ouverte à M. le professeur Arnozan, in *Journal de médecine*, octobre 1903.

Compte rendu du Congrès de Lyon, in *Journal de médecine*, 2 septembre 1906.

Précis de chirurgie infantile, par M. le professeur Piéchaud. Analyse in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 5 août 1900.

Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence, par M. le professeur Kirmisson. Analyse in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 12 août 1902.

Les mouvements méthodiques et la mécanothérapie par le Dr Lagrange. Analyse in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1900.

VII. — TRAVAUX INSPIRÉS

Contribution à l'étude de la pleurésie purulente chez l'enfant. *Thèse* de Cassat, Bordeaux, 1899.

Asphyxie par irruption de ganglions tuberculeux dans les voies respiratoires. *Thèse* de Gallet de Santerre, Bordeaux, 1900.

Des fistules et kystes congénitaux de la lèvre supérieure. *Thèse* de Clavet, Bordeaux, 1899.

Des malformations congénitales du tube digestif considérées au point de vue de la viabilité de l'enfant. *Thèse* de Clochard, Bordeaux, 1901.

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur chez les enfants. *Thèse* de Balcam, Bordeaux, 1900.

Contribution à l'Étude des angiomes sous-cutanés et profonds de la paume de la main. *Thèse* de Broustet, Bordeaux, 1900.

Des divisions congénitales de la langue. *Thèse* de Crauste, Bordeaux, 1901.

Contribution à l'Étude de l'ostéomyélite vertébrale chez les enfants. *Thèse* de Duprat, Bordeaux, 1901

Les tumeurs malignes du vagin chez l'enfant. *Thèse* de Barrère, Bordeaux, 1901.

Des Exostoses de l'omoplate. *Thèse* de Ferbos, Bordeaux, 1906.

Les tumeurs du grand pectoral. *Thèse* de Bezos, Bordeaux, 1905.

VIII. — INSTRUMENTS ET APPAREILS

1. Appareil spiral pour fracture.
2. Appareil de réfrigération abdominale.
3. Billot tarsoclaste.
4. Appareil de mobilisation du coude.

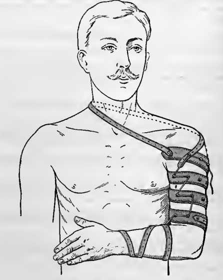


Fig. 30. — Appareil spiral pour fracture.

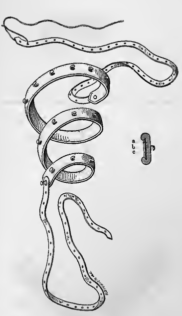


Fig. 31. — Appareil spiral pour fracture.

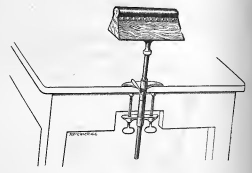


Fig. 32. — Billot tarsoclaste



Fig. 33. — Appareil de mobilisation du coude.

TABLE DES MATIÈRES

17-4-07. — Tours, imp E. Arrault et Cie